



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**O Cuidado de Enfermagem Promotor da Adaptação do
Adolescente à Doença Crónica**

Patrícia Escaleira dos Santos



**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**O Cuidado de Enfermagem Promotor da Adaptação do
Adolescente à Doença Crónica**



Orientador: Maria Filomena Abreu de Sousa



**Lisboa
2020**

“You’ll never find a rainbow if you’re looking down”

Charlie Chaplin

AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso formativo só foi possível com o apoio fundamental de algumas pessoas, estas palavras representam uma forma de reconhecimento e servem para expressar a minha imensa gratidão.

À Professora Maria Filomena de Sousa por todos os ensinamentos e orientações.

Aos meus pais pelo carinho, incentivo e amparo incondicionais, sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

À avó Adelina pelo seu amor, essencial para lidar com os momentos mais difíceis.

Ao meu companheiro de vida Tiago, por tudo.

À minha Inês pela presença, apoio e dedicação sempre constantes.

À minha família e aos meus amigos que compreenderam a minha ausência e sempre me encheram de carinho e força.

À minha equipa de trabalho e à minha chefe que foram imprescindíveis e incansáveis.

À Patrícia Lopes pela entrada na minha vida pela sua amizade e o seu suporte.

Sou muito grata por vos ter na minha vida.

A todas as crianças, jovens e famílias que fizeram parte do meu processo de cuidar e o influenciaram positivamente.

Muito Obrigada a todos!

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nos diferentes contextos de estágio.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem deve possuir um conjunto de competências, conhecimentos e habilidades que mobilizará na sua prestação de cuidados, esta deverá ser planeada em função das necessidades do cliente (criança/jovem e família).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado por diversas mudanças onde o adolescente procura construir a sua identidade. O diagnóstico de uma doença crónica no adolescente constituirá um acontecimento disruptivo neste período, como tal precisam de ser implementadas estratégias para um cuidado promotor da adaptação.

Durante o Estágio a orientação da prática de enfermagem respeitou os seguintes princípios fundamentais: os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Não Traumáticos. Considerando a área de intervenção ser o adolescente, a atuação beneficiou da Teoria de Transições de Afaf Meleis, e tendo em atenção o foco na promoção da adaptação mobilizou-se o Modelo de Adaptação de Roy. O Modelo de Adaptação de Roy permitiu uma adequação das intervenções de enfermagem com vista à adaptação positiva do adolescente à doença crónica, favorecendo a melhoria do seu bem-estar.

Palavras-chave: adolescente; doença crónica; enfermagem pediátrica; adaptação.

ABSTRAT

This report comes under the Master's Degree and Postgraduate Specialization in Child Health Nursing and Pediatrics and aims to describe reflexively and critically the activities and skills acquired as a Nurse Health Nursing Specialist Child and Youth during the different contexts of internship.

The Nurse Health Nursing Specialist Child and Youth must have a set of skills, knowledge and ability who had mobilized in their care, and this should be planned according to the client's needs (child / youth and family).

Adolescence is a transitional period between childhood and adulthood, marked by extensive changes where the adolescent seeks to build its identity. The diagnosis of a chronic disease in adolescent would be a disruptive event in this period, as such strategies need to be implemented for care that promotes the adaptation.

During the internship the guidance of nursing practice respected the following fundamental principles: Family-Centered Care and Non-Traumatic Care. Considering the area of intervention being the adolescent, the performance benefited from the Theory of Transitions of Afaf Meleis, and taking into account the focus on promoting adaptation, the Roy Adaptation Model was mobilized. The Roy Adaptation Model allowed nursing interventions to promote adolescent's positive adaptation to chronic disease and favoring the improvement of their well-being.

Keywords: adolescent; chronic disease; pediatric nursing; adaptation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	3
1. Enquadramento Conceptual	3
1.1. Enfermagem Pediátrica.....	3
1.2. Adolescência fase de desenvolvimento infantil	7
1.3. Adolescente com doença crónica	10
1.4. Transições humanas de acordo com Meleis	13
1.5. Cuidar do Adolescente com doença crónica	18
1.6. Teoria de Calista Roy.....	21
1.7. Adaptação do adolescente à doença crónica.....	24
CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO FORMATIVO..	27
2. Percurso Formativo – Estágio.....	27
2.1. Unidade de Neonatologia.....	29
2.2. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Saúde Familiar	33
2.3. Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico.....	37
2.4. Serviço de Urgência Pediátrica	40
2.5. Hospital de Dia de Pediatria	45
2.6. Síntese das competências desenvolvidas.....	52
CAPÍTULO III: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
3. Conclusão.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
APÊNDICE I: Cronograma	
APÊNDICE II: Quadros de Atividades Referentes a cada local de Estágio	
APÊNDICE III: Vídeo - “Sensibilização dos Adolescentes para o não consumo de álcool e tabaco”	
APÊNDICE IV: Apresentação - “Cuidar do Adolescente com Doença Crónica”	
ANEXOS	
ANEXO I: Transitions: A middle-range theory - Meleis	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF	Cuidados Centrados na Família
CNT	Cuidados Não Traumáticos
CMEESIP	Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
DGS	Direção-Geral da Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
HDPed	Hospital de Dia de Pediatria
IAC	Instituto de Apoio à Criança
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RPQCEESCJ	Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
RN	Recém-nascido
SO	Sala de Observação
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCIP	Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio insere-se no 9º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este, foi elaborado de forma a expor as atividades desenvolvidas, as práticas de enfermagem e as competências adquiridas, nos diferentes contextos percorridos, de forma reflexiva, crítica, analítica e descritiva.

Os diferentes contextos onde estagiei representaram distintas áreas da Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente: Unidade de Cuidados Neonatais, Unidade de Saúde Familiar, Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico, Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica e o Hospital de Dia de Pediatria.

Ao longo do percurso foi possível desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), bem como adquirir novos conhecimentos gerais e específicos na área de Pediatria.

Considerando-se que “os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, p.4747). Justifica-se deste modo, a relevância da procura de aquisição de competências diferenciadas e de forma especializada. No mesmo regulamento é descrito que o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (*ibidem*).

No decorrer da minha prestação de cuidados foi possível constatar que existem cada vez mais adolescentes com doença crónica, que procuram cuidados de saúde, o que está de acordo com o que Saewyc (2014) refere. Barros (2003) refere que sensivelmente um terço das consultas e hospitalizações, em Pediatria, dizem respeito a crianças e jovens com condições crónicas.

Esta realidade emerge como resultado da melhoria das condições de vida das populações, do desenvolvimento e do progresso tecnológico e científico, da melhoria dos cuidados de saúde, que permitem a sobrevivência e aumento da esperança média de vida de crianças e jovens com doenças crónicas, que há uns anos atrás morreriam logo prematuramente. A prevalência da doença crónica tem aumentado nas últimas décadas no que diz respeito às crianças e aos adolescentes (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015; OE, 2011; Prazeres, 1998; Silveira et al., 2014).

Na Consulta Externa de Pediatria e Hospital de Dia de Pediatria, onde atualmente desempenho funções de enfermeira, na prestação de cuidados a adolescentes com doença crónica adquirida ou que se manifestou durante a infância, é possível verificar que quando a doença surge durante a adolescência, os utentes têm maior dificuldade em aceitarem e se adaptar à sua situação de saúde.

A literatura constata que “as principais causas de morbilidade no adolescente incluem lesões; infeções sexualmente transmissíveis (IST) (...) problemas de saúde mental, incluindo depressão; doença crónica e perturbações alimentares” (Saewyc, 2014, p.821). Esta realidade, motivou a intenção de aprofundar conhecimentos e adquirir competências, que permitissem não só prestar cuidados especializados à criança/jovem e família nos três níveis de prevenção, mas também ter especial foco de atenção na adaptação dos adolescentes à doença crónica.

O presente relatório foi organizado do seguinte modo: apresentação do enquadramento conceptual, onde são abordados os pilares basilares do desenvolvimento profissional e académico vivenciado. Nele estão integrados: a Enfermagem Pediátrica; a Adolescência; as transições humanas de acordo com Meleis; o cuidar do adolescente com doença crónica; a teoria de Calista Roy e a adaptação do adolescente à doença crónica.

Posteriormente é feita uma descrição reflexiva e crítica dos contextos de estágio, bem como das atividades desenvolvidas nos mesmos com uma análise das competências atingidas e desenvolvidas.

A pesquisa bibliográfica em bases de dados (Medline, Cinahl e Scielo), no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e na literatura publicada, sustentou a reflexão crítica e a fundamentação das práticas desenvolvidas e implementadas.

Em apêndice serão apresentados: o cronograma, os quadros de atividades referentes a cada local de estágio, um vídeo de sensibilização elaborado e produzido para a Unidade de Saúde Familiar, uma formação desenvolvida e apresentada para a Urgência Pediátrica e Hospital de Dia de Pediatria.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Enquadramento Conceptual

O enquadramento conceptual servirá como orientação fundamental do modelo conceptual de enfermagem, que norteou o cuidar espelhado nas atividades práticas. Incorpora também a contextualização da problemática do adolescente e do cuidado a este, para uma melhor adaptação à doença crónica, onde através da fundamentação, do conhecimento e com evidência científica se pretende uma melhor compreensão do tema de enfermagem em estudo.

1.1. Enfermagem Pediátrica

A Enfermagem Pediátrica tem como foco prestar cuidados à criança e ao jovem saudáveis ou doentes e à família, tendo como princípio fundamental que “o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família” (Mendes & Martins, 2012, p.114). Caracterizando-se por ações que visam “o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potências” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11) das crianças e dos jovens.

A criança pelas suas características e especificidades necessita de cuidados de enfermagem dirigidos ao seu estágio de desenvolvimento, que visem não só promover o seu desenvolvimento natural, mas também que deem respostas às suas necessidades de saúde. De acordo com estas o EESIP deverá dirigir a sua atuação:

em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

Através da implementação e cumprimento do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ), pretende-se que todas as crianças/jovens e suas famílias ou cuidadores tenham “acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados (...) numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p.3).

Analisando o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, após a sua revisão em Maio de 2013, este apresenta-nos como linha de atuação:

– valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e protecção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013a, p.3).

O RPQCEESCJ define as esferas de ação do EESIP na sua prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família, enunciando claramente os seus focos de intervenção:

a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, orientação antecipatória às famílias para maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afectar negativamente a vida (...), a promoção da auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (OE, 2011, p.3).

A Enfermagem Pediátrica moderna defende que, é essencial o envolvimento da família no processo de cuidar em Pediatria “o enfermeiro deve incluir os membros da família no seu plano de cuidados” (Hockenberry, 2014, p.52). Neste sentido Uhl, Fisher, Docherty & Brandon (2013, p.130) referem que tendo em consideração a evolução dos cuidados de enfermagem em pediatria “os enfermeiros devem continuar a ter um papel importante para planear, avaliar e implementar modelos de cuidados centrados no paciente e na família”.

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) “reconhece a família como uma constante na vida da criança e que os serviços e o pessoal devem apoiar, respeitar e aumentar a força e competência da família” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.19). Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EESIP este “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.” (Regulamento nº422/2018, p.19192). Como descrito no *National Center for Cultural Competence* (2007) os enfermeiros deverão intencionalmente “apoiar, respeitar, encorajar e potenciar a força e a competência da família através do desenvolvimento de parcerias com os pais” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11).

A Parceria de Cuidados norteia uma abordagem em que é promovida a confiança entre a criança, família e os enfermeiros, melhorando a experiência de todos os envolvidos (Sousa et al., 2013). A OE define também que o “modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem” (OE, 2011, p.14). Assim a atuação do enfermeiro deverá ter por base a parceria de cuidados e o reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores para os seus filhos (Casey, 1995).

Através desta parceria de cuidados é possível desenvolver um planeamento de cuidados de forma dinâmica e com base na negociação, em que existe divisão da responsabilidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro, a família e o utente pediátrico (incluído quando demonstra capacidade) (Casey, 2011). Os autores Cohen & Emanuel (2014) referem que quando a opinião crianças/jovens é considerada, isto permite-lhes ter consciência de si próprias, incentiva a sua confiança e promove competências comunicacionais, a literatura refere que a decisão compartilhada com as crianças e jovens deverá ser proporcional à sua idade, experiência e competências. As decisões compartilhadas têm a ver com o modo como as crianças e os jovens contribuíram para o processo de tomada de decisão, independentemente de quem toma a decisão final (Cohen & Emanuel, 2014).

Nas intervenções direcionadas aos adolescentes o seu envolvimento deverá ser gradual, tendo em conta o seu nível de maturidade e empenho, de forma a considerar importante a sua inclusão no processo de saúde ou doença com vista à aquisição de autonomia (importante tarefa), deverá também compreender-se o importante papel de supervisão e de suporte da família.

Outros autores, como Shields, Zhou, Taylor, Hunter, Munns & Watts (2012), referem ainda que os:

cuidados centrados na família são uma abordagem de planeamento, entrega e avaliação de cuidados de saúde que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre profissionais de saúde, pacientes e famílias. É um modelo amplamente utilizado em pediatria e é sentida intuitivamente como a melhor forma de cuidar crianças no hospital (Shields, Zhou, Taylor, Hunter, Munns & Watts, 2012, p.2559).

O autor Harrison, corroborando o anteriormente descrito, menciona que:

o cuidado centrado na família significa que o clínico incorpora no cuidado com o conhecimento e a convicção de que a família é a constante na vida das crianças, as crianças são afetadas por afetar aqueles com quem eles têm relacionamentos e incluindo famílias nos processos de atendimento, as crianças receberão cuidados de maior qualidade (Harrison, 2010, p.335).

Segundo Smith, Swallow & Coyne (2015), citando Mikkelsen & Frederiksen (2011), a filosofia dos CCF é fundada pelos ideais de *empowerment*, respeito pela autonomia pessoal e reconhecimento dos direitos humanos.

Na prestação de CCF consideram-se como dois conceitos fundamentais influenciadores da intervenção do enfermeiro na família: a capacitação e o *empowerment*. A capacitação das famílias tem por objectivo criar diversas oportunidades e meios para que todos os envolvidos possam revelar as capacidades e competências (as que têm e estimular a aquisição de novas), tendo em consideração as necessidades da criança e da própria família (Hockenberry & Barrera, 2014). O *empowerment* baseia-se na interação entre enfermeiros-famílias, de forma a que todos partilhem igual controlo das suas vidas, permitindo à família reconhecer as mudanças positivas, resultantes de comportamentos conscientes, e promovendo as habilidades, as forças e as ações desta. De acordo com Rappaport (1981) e Itzhavy & York (2000) o *empowerment* é descrito como “o processo através do qual pessoas ganham poder em questões que lhes dizem respeito e adquirem controlo sobre as suas vidas” (Pais & Menezes, 2010, p. 136).

As necessidades de cada membro da família deverão ser tidas em conta na prestação de cuidados à criança, assim como as diversas estruturas familiares existentes, as crianças institucionalizadas e os agregados familiares, ou seja a especificidade de cada família, tendo cada uma objetivos, sonhos, estratégias e ações específicas, com necessidades de apoio, de prestação de serviços e de informação diferentes (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os Cuidados Não Traumáticos (CNT) estão integrados na filosofia basal da Enfermagem Pediátrica e do cuidar em Pediatria, juntamente com os CCF e a Parceria de Cuidados.

Outro princípio que rege a enfermagem de saúde infantil e pediátrica é o de CNT. Estes são definidos por Hockenberry & Barrera como “cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus

familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11). Os CNT visam minimizar o *stress* físico e psicológico, com a intenção de atenuar a dor corporal de modo a que a criança/jovem atinjam o seu máximo bem-estar (Tavares, 2011). São cuidados, que privilegiam e fomentam a intenção de não causar dano e caracterizando-se por três princípios fundamentais: “prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; promover uma sensação de controlo; prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.12).

Relativamente aos cuidados de enfermagem à criança e jovem, considera-se de igual forma importante que estes devam incutir “a relação terapêutica, a defesa da família, a prevenção de doenças, a promoção da saúde, a educação para a saúde, o suporte e o aconselhamento, a coordenação e a colaboração, a tomada de decisão ética e investigação” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.19).

Cuidar da criança em cada fase da vida implica que o enfermeiro esteja preocupado com as suas peculiaridades.

Torna-se fundamental no decorrer do próximo capítulo aprofundar e analisar as especificidades dos adolescentes, de modo ter uma visão mais focada e conscienciosa para as características inerentes a estes.

1.2. Adolescência fase de desenvolvimento infantil

A Organização Mundial de Saúde (2014) define em termos cronológicos o adolescente como a pessoa entre os 10 e os 19 anos de idade.¹

A autora Saewyc (2014) refere uma divisão da adolescência em três fases: a adolescência inicial (11 aos 14 anos), a adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e a adolescência tardia (18 aos 20 anos). Na adolescência inicial é onde ocorrem as alterações físicas conhecidas por alterações pubertárias e as respetivas reações a essas mudanças. Na adolescência intermédia verifica-se uma certa pressão que leva os adolescentes a imitar o comportamento dos pares e ao mesmo tempo surge um maior interesse por assuntos relacionados como: roupa, aparência, música, tecnologia, comportamento e linguagem. Na adolescência tardia ocorrem atitudes que

¹ No presente relatório as denominações: *adolescente* e *jovem*, serão mobilizadas como sinónimos, com a intenção de mencionar os indivíduos pertencentes a este intervalo cronológico.

denotam um assumir de diversos papéis que espelham o entrar numa vida adulta (Saewyc, 2014).

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por transformações físicas exuberantes, aumento das capacidades cognitivas, enriquecimento do repertório afetivo e o processo de socialização estrutura-se de modo mais sofisticado (Direção-Geral da Saúde, 2013). Esta fase da vida implica uma transição e caracteriza-se por mudanças significativas ao nível biológico, cognitivo, psicossocioculturais (Abreu & Azevedo, 2012; Saewyc, 2014). A adolescência “é um período significativo na transição de criança para jovem” (Stang & Bruening, 2014, p.855). A autora Meleis considera transição humana a passagem de um estado estável para outro estado estável (Meleis, 2010). Como tal, para Meleis a transição irá implicar mudança e adaptação, em áreas como o desenvolvimento mental, por exemplo quando uma criança passa deste estágio para o próximo que é adolescente (Meleis, 2012). Meleis considera esta passagem de criança para adolescente como uma transição desenvolvimental (Meleis, 2010).

Ser adolescente é complexo, encontrando-se envolvido num “conjunto de tarefas que envolvem a busca de identidade, autonomia crescente, mudanças a nível físico, cognitivo e social. Estas mudanças integram desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, essencialmente com os pais e outros adultos” (OE, 2010, p.17).

A autora Cruz explica que o adolescente para viver de forma satisfatória esta fase da sua vida, deverá “cumprir aquilo que Erickson chama de tarefas do desenvolvimento: conhecer a si mesmo; adotar um papel sexual; conseguir autonomia diante da família; definir-se vocacionalmente; atingir relações interpessoais autónomas para consolidar a sua identidade.” (Cruz, 2007, p.47). A identidade também é solidificada no decorrer da adolescência. Em que “a tarefa de formação da identidade é o desenvolvimento de uma imagem estável e coerente de si próprio, que inclui a interação das experiências passadas presentes no sentido de orientar o caminho futuro” (Saewyc, 2014, p.794).

Como parte fulcral para a formação da identidade encontra-se o desenvolvimento da identidade sexual, porque embora o desenvolvimento da sexualidade se inicie em criança, é na adolescência que esta se consolida. Qualquer mudança física, cognitiva, hormonal e social tem um impacto no processo de desenvolvimento sexual (Saewyc, 2014).

Sabe-se que “todas as mudanças biológicas, cognitivas e psicossociais afetam a atividade e o desenvolvimento da identidade sexual dos adolescentes” (Saewyc, 2014, p.821) nesta procura de adotar um papel sexual.

Para Saewyc refere que a orientação sexual é “um aspeto importante da identidade sexual. É definida como um padrão de despertar sexual ou atração romântica dirigida a pessoas do sexo oposto (heterossexual), do mesmo sexo (homossexual, frequentemente denominada *gay* ou *lésbica*), ou de ambos os sexos (bissexual) ” (Saewyc, 2014, p.797).

A aquisição da autonomia é uma tarefa importante do adolescente “um individuo que é autónomo do ponto de vista do comportamento é capaz de pedir conselhos a outras pessoas, quando tal é apropriado, ponderar sobre as diferentes ações que é possível tomar, baseando-se no seu próprio bom senso e nas sugestões de outras pessoas, e chegar a uma conclusão independente sobre como se comportar” (Saewyc, 2014, p.795) assim como, do mesmo modo “a capacidade de tomar decisões aumenta ao longo do período da adolescência” (*ibidem*).

A realização representa uma tarefa psicossocial, que segundo Saewyc “diz respeito ao desenvolvimento de motivos, capacidades, interesses e comportamentos relacionados com o desempenho na avaliação de situações” (*ibidem*).

Este período é “um processo marcado pela construção e conquista da subjetividade e individualidade” (Macedo, 2010, p.21). É no decorrer deste processo, que maior parte dos adolescentes mudam os padrões do seu pensamento concreto, para o pensamento hipotético e abstrato, permitindo uma projeção das consequências das suas atitudes e comportamentos no futuro (Saewyc, 2014).

Prazeres refere que o bem-estar e a saúde dos adolescentes são “entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano” (Prazeres, 1998, p.7). Os autores Figueiredo et al.(2015) citam Calheiros, Patrício & Bernardes (2014) e Fonseca & Tavares (2010) que revelam que a adolescência é “uma fase crítica do desenvolvimento para adopção de comportamentos relevantes para a saúde que se repercutiram ao longo do tempo” tornando se fulcral que os enfermeiros e a comunidade em que o adolescente está inserido “privilegiem uma atuação direcionada para a prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis”(Figueiredo et al., 2015, p.106).

Devido aos avanços médicos e tecnológicos existe um grande número de adolescentes que suscitam cuidados de enfermagem especializados.

Ser adolescente com doença crónica, congénita ou adquirida, não é simples, significa que o indivíduo além de ter que lidar com as alterações próprias desta fase de desenvolvimento tenha que enfrentar as consequências da sua situação de saúde. No capítulo seguinte serão descritos os desafios e especificidades deste grupo de adolescentes.

1.3. Adolescente com doença crónica

A doença crónica enunciada pelos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade é definida como: “doença crónica – doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida” (Despacho-Conjunto nº138, 1998, p.8328). De acordo com estas organizações a doença crónica é caracterizada como:

a doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado (Despacho-Conjunto nº235, 1999, p.15015).

Em 2011, a OE definiu como doença crónica: “qualquer doença de evolução prolongada, que exija uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade que vise normalização” (OE, 2011, p.14).

Em Pediatria a doença crónica é definida como “uma condição que interfere com o funcionamento do dia-a-dia por mais de 3 meses num ano, causa hospitalização por mais de um mês num ano ou (no momento do diagnóstico) tem probabilidade de causar ambas as situações” (McElfresh & Merck, 2014, p.898).

Ao falar em adolescente com doença crónica é importante consciencializar-nos que “a adolescência é o tempo de atingir a independência. Isto pode ser difícil para os adolescentes com doença crónica, especialmente aqueles que dependem de outros para os cuidados diários ou terapias” (McElfresh & Merck, 2014, p.908).

A doença crónica pode impor aos adolescentes o ónus adicional relacionado com: a hospitalização, a dor, a cirurgia, os exames diagnósticos extensos, a medicação, o absentismo escolar e as restrições às atividades, provocando

ansiedade, medo e reações de luto. Estes adolescentes necessitam de se adaptar não só às tarefas de desenvolvimento complexas e normativas, mas também ao *stress* relacionado com o diagnóstico e tratamento de uma doença prolongada e frequentemente com risco de vida (McElfresh & Merck, 2014). A doença crónica tem para o adolescente significados diferentes, de acordo com o período em que esta se manifestou ou surgiu. Constatou-se que o jovem “que tem uma doença recém-adquirida tem a tarefa adicional de luto pela perda enquanto se adapta às mudanças em curso” (McElfresh & Merck, 2014, p.908) conduzindo a isolamento.

Estes autores referem que a “a participação em grupos de adolescentes com doença (...) pode aliviar os sentimentos de isolamento e facilitar a transição para uma relação significativa com outra pessoa na idade adulta” (*ibidem*).

Se o adolescente tem uma doença crónica que se manifestou ou adquiriu numa idade anterior, ou mesmo uma doença congénita, as tarefas da adolescência ficam comprometidas e com maior dificuldade de sucesso.

É fulcral ter a perceção que “os adolescentes devem assumir responsabilidades crescentes na gestão da sua doença de forma consistente com o seu estágio de desenvolvimento, nível de maturidade e compreensão da doença” (McElfresh & Merck, 2014, p.909). Deverá ser feita concomitantemente uma tentativa de normalizar, o mais possível, a vida dos adolescentes com esta condição crónica, de modo a aliviar o sentimento de ser diferente e manter as rotinas diárias (*ibidem*).

Prover a esperança do adolescente com doença crónica permite uma melhor adaptação à sua situação, a este respeito McElfresh & Merck dizem que “a esperança ajuda a proteger o adolescente do desespero incapacitante e ajuda-o a adaptar-se às necessidades pessoais não satisfeitas” (McElfresh & Merck, 2014, p.910). Estes autores defendem também que os enfermeiros devem promover a esperança utilizando de meios ambientais e interpessoais.

Os estudos realizados por Barros, Matos & Batista-Foguet (2008) indicam que existe uma maior probabilidade dos adolescentes com doenças crónicas apresentarem problemas emocionais e comportamentais, contudo, alguns estudos apontam para uma boa adaptação.

Assumindo que “para os adolescentes com doença crónica, a doença e o tratamento podem ser embaraçosos e podem influenciar a sua imagem corporal diminuindo a sensação de domínio e controlo sobre o corpo em mudança” (McElfresh & Merck, 2014, p.908) é importante promover a atratividade e a imagem corporal

positiva, por exemplo incentivando o uso de maquilhagem, num adolescente que tenha uma cicatriz, ou roupa que disfarce uma prótese.

A influência da doença crónica na sexualidade é um aspeto preocupante para os adolescentes, o enfermeiro deverá criar uma relação empática e de confiança, de modo que adolescente verbalize as suas preocupações e medos sobre este tema, sem se sentir avaliado ou julgado (McElfresh & Merck, 2014).

A doença crónica afeta o adolescente e também a família. Após um diagnóstico de doença crónica a família tem de se readaptar à doença e aos cuidados que esta exige. O estudo realizado por Ribeiro & Calado (2017) revelou a presença de desgaste físico e emocional dos cuidadores, devido a uma superproteção à criança doente e uma menor atenção aos restantes elementos da família (Ribeiro & Calado, 2017).

Cada núcleo familiar tem o seu modo de reagir e lidar com a doença crónica e o seu esquema terapêutico. Estas estratégias de *coping* são a sua “forma de enfrentar os problemas ou de os confrontar” (Ribeiro & Calado, 2017, p.1176) e são caracterizadas por um “conjunto de capacidades desenvolvidas pelos pais/cuidadores ou familiares para controlar os fatores de *stress* decorrentes de vários momentos de instabilidade da doença” (*ibidem*).

O adolescente com doença crónica, de acordo com Meleis, está a passar por uma transição *desenvolvimental* e por uma transição de *saúde-doença*. Este processo de adaptação à doença crónica é um período de vulnerabilidade aumentada, pois o adolescente atravessa dois processos de transição simultaneamente, conferindo-lhe uma necessidade aumentada de cuidados, e requer uma especial atenção e intervenções dos profissionais de saúde centrada nas suas necessidades (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher, 2000).

Para o enfermeiro de SIP impõe-se o conhecimento e compreensão do que é ser adolescente com doença crónica. Uma vez que, a adolescência tipicamente caracterizada por grandes transições e necessidades de desenvolvimento particulares e que com doença crónica tem que ultrapassar transições acrescidas, pareceu-me pertinente abordar a Teoria das transições humanas de acordo com Afaf Meleis, de modo a permitir a compreensão das transições humanas e como o enfermeiro pode ajudar o cliente a ultrapassá-las com sucesso.

1.4. Transições humanas de acordo com Meleis

O conceito de transição implica movimento e alteração de um estado ou condição para outro. Neste relatório quando se refere a transições, é uma referência às transições humanas e serão abordadas de acordo com a definição de Meleis e os autores que com ela colaboraram.

Transição é descrita como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”(Chik & Meleis, 1986, p.239).

A transição:

está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento e implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, ou clientes, consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos (Santos, Marcelino, Abrantes, Marques, Correia, Coutinho & Azevedo, 2015, p.157 citando Chick & Meleis (1986) e Schumacher & Meleis (2010)).

A transição é desencadeada por eventos ou pontos críticos que ocorrem na vida das pessoas. A transição ocorre ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento (Meleis, 2010). Esta é essencialmente positiva pois, a pessoa ao passar pelo evento, adquire uma maior maturidade e estabilidade tendo em conta o que vivenciou (*ibidem*).

Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher desenvolveram uma Teoria de Médio Alcance, sendo “a transição o “foco” do seu quadro conceptual” (Santos et al., 2015, p.157). Nesta teoria são considerados três domínios fundamentais: a natureza das transições (subdividida em: tipos, padrões e propriedades); os condicionantes da transição: facilitadores e inibidores (subdivididos em: pessoais, da comunidade ou da sociedade) e os padrões de resposta (subdivididos em: indicadores de processo e indicadores de resultado) (Meleis et al., 2000).

A sua estrutura fundamental desta teoria é apresentada na Figura Transitions: A middle-range theory (Meleis et al., 2000, p.17) disponível no ANEXO I.

De acordo com o motivo das transições Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher (2000) referem que, estas podem ser de quatro tipos, nomeadamente: *desenvolvimental* (quando relacionadas com as mudanças induzidas pelo ciclo de vida); *situacional* (quando estão associadas a acontecimentos que desencadeiam alterações de papéis); de *saúde/doença* (como a passagem de um estado de bem-estar/saudável para outro de doença) e *organizacional* (quando são relativas aos

diferentes ambientes: social, económico e político) (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Im, 2010).

Nos padrões de transição, a transição é entendida pela sua multiplicidade e complexidade, caracterizando-se em: simples, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas, entre elas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Meleis definiu como propriedades para as experiências de transição: conhecimento/consciência, ajustamento/compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e período de experiência (Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

O conhecimento ou a consciência estão diretamente relacionados com a percepção e identificação que a pessoa tem sobre a transição que está a vivenciar. O ajustamento/ compromisso é referente ao grau de entrega das pessoas nos seus processos de transição. Esta, está influenciada pelo conhecimento que as pessoas detêm sobre o seu processo de transição. A mudança e diferença são outras propriedades da transição. Todas as transições envolvem uma mudança. A mudança poderá estar relacionada com eventos críticos ou que provocam desequilíbrio, onde podem ser incluídas dimensões como: natureza, a temporalidade, a percepção da gravidade, da pessoa, da família, dos seus padrões sociais e das suas expectativas. Os eventos e acontecimentos críticos são compreendidos como os fatores que desencadeiam ou os agentes de mudança. Compreende-se que, maioritariamente, as transições estão relacionadas com acontecimentos marcantes da vida das pessoas, sendo estes associados à consciencialização das mudanças e das diferenças e, concomitantemente a um maior nível de ajustamento para conseguir lidar com o processo de transição. Por fim o período de experiência é caracterizado por movimentos e fluxos no decorrer do tempo (Meleis et al., 2000; Im, 2010; Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

No que diz respeito ao domínio dos condicionantes da transição discriminados como facilitadores e inibidores e que se encontram subdivididos em pessoais, da sociedade ou da comunidade (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010) os autores Meleis et al. (2010) referem que “nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, ou por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição” (Santos et al., 2015, p.159). As condições sociais têm a ver com o ambiente social em que a pessoa está inserida. Os autores Schumacher & Meleis (2010) bem como Im

(2010) usam uma descrição de condições comunitárias usada por Santos et al. assumidas como:

os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares, familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde (...)) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para saúde, suporte inadequado, (...)) o decorrer das transições (Santos et al., 2015, p.160).

Por último, mas não menos importante, encontra-se o domínio dos padrões de resposta (subdividido em indicadores de processo e indicadores de resultado). Para Meleis uma transição saudável é construída por padrões de resposta constituídos por indicadores de processo e indicadores de resultado (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo possibilitam encaminhar as pessoas na direção de um risco e uma vulnerabilidade saudáveis e permitem os enfermeiros elaborarem intervenções precoces, de modo a atingir ganhos de saúde. Podemos verificar a seguinte divisão nestes indicadores: sentir-se ligado (consiste na necessidade do indivíduo se integrar num determinado contexto, com a informação adequada, de modo fundamental para se atingir uma transição saudável); interagir (relação estabelecida entre o cuidador e a pessoa cuidada, permitindo dimensões como o cuidado e o autocuidado); estar situado (fazer parte do ambiente em que está integrado); desenvolver confiança e coping (viver a transição, demonstrando um grau de conhecimento mais elevado, levando a uma melhor compreensão dos aspetos essenciais e críticos) (Meleis et al., 2000; Im, 2010; Meleis, 2010; Santos et al., 2015).

Os indicadores de resultado distinguem-se em: mestria (os seus níveis são o reflexo dos ganhos de saúde atingidos no decorrer deste percurso) e integração fluída da identidade (reformulação da identidade da pessoa, resultante da agregação de novos conhecimentos com a finalidade de alterar os comportamentos (Santos et al., 2015). Os indicadores de resultado são descritos como o “domínio das novas habilidades necessárias para gerenciar uma transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida, porém integradora” (Meleis et al., 2000, p.25). O bem-estar subjetivo, o bem-estar relativamente aos relacionamentos assim como a mestria em desempenhar papéis, representam indicadores de transições bem-sucedidas (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010).

A transição será bem-sucedida se se conhecer o que a desencadeou; se o evento foi antecipado; se houve preparação para se mover dentro da mudança; se há

a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente (Zagonel, 1999).

É fundamental que os enfermeiros, no decorrer da sua prestação de cuidados, após uma avaliação global e identificação dos diversos domínios e subdomínios, estabeleçam intervenções em conjunto com o adolescente, de modo a solucionar e resolver as condições ou as condições que se encontram a dificultar o processo de transição.

Segundo Meleis “a razão mais importante para a enfermagem é o cuidado da pessoa” (Meleis, 2010, p.29). Este deverá ser sustentado por “terapêuticas de enfermagem”. As “terapêuticas de enfermagem” são descritas como eventos transicionais que se dividem em atuações: preventivas; interventivas; ou de suplementação de papel” (Schumacher e Meleis, 1994). Através da “compreensão dos processos e condições inerentes aos processos de transição será possível desenvolver “terapêuticas de enfermagem” congruentes com a experiência única de cada pessoa e sua família, estas promoverão respostas saudáveis às transições” (Meleis, 2010, p.63).

No ano de 1994 Schumacher e Meleis enumeraram três medidas que o enfermeiro deveria aplicar no decorrer das transições durante a sua intervenção terapêutica. As medidas são: “a avaliação precoce pela equipa disciplinar; a preparação para a transição, onde se insere a educação prévia, mas que requer tempo suficiente para o assumir gradual de novas responsabilidades e a implementação de novas capacidades; e a suplementação de papel” (Schumacher e Meleis, 1994, p.124).

Como suplementação de papel é considerado o processo deliberado no qual uma potencial ou uma real insuficiência de papel é identificada, desenvolvendo-se posteriormente uma intervenção que irá diminuir, melhorar ou prevenir esta insuficiência de papel, recorrendo à transmissão de informações ou experiências necessárias (Meleis, 2010, p.17).

As “terapêuticas de enfermagem” são baseadas em conhecimento relacionado com estratégias do cuidar, subentendendo-se assim que as “terapêuticas de enfermagem” permitem aos enfermeiros selecionar os melhores focos ação e elaborar intervenções otimizadas com a intenção e o objetivo de alcançar a manutenção e promoção de saúde a que se propõem (Meleis, 2010).

Quando o enfermeiro compreende que a pessoa está a passar por uma transição simples ou por múltiplas, e que, tem em conta a sua extensão, a sua

sobreposição e o seu relacionamento com as outras transições, irá permitir-lhe uma visão alargada de todas as transições que a pessoa possa estar a vivenciar, percecionando todas as possíveis necessidades da pessoa e direcionando os seus cuidados (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Im, 2010). Os movimentos e os fluxos “devem ser acompanhados pelos enfermeiros, no sentido de se obterem ganhos para a saúde” (Santos et al., 2015, p.159).

A teoria das transições de Meleis permite que os enfermeiros tenham ferramentas que ajudam a compreensão dos fatores envolvidos em cada processo de transição da vida do adolescente e possibilitem deste modo a promoção de saúde (Bittencourt et al., 2018). Tornando-se necessário um olhar atento sobre as características dos processos, as características da pessoa que os experiencia e o meio onde está inserida, assim ao usar esses métodos os enfermeiros terão uma intervenção educativa bem-sucedida (Bittencourt et al., 2018).

Verifica-se a extrema significância ao conhecer os condicionantes das transições como a comunidade e a sociedade, permitindo uma abordagem global do enfermeiro, traçando e definindo intervenções de enfermagem adequados também ao grupo e comunidade (Schumacher & Meleis, 2010). Este aspeto correlaciona-se com a Teoria de Callista Roy que defende o ambiente como conceito maior, no processo do cuidar.

Ao fazer a ponte com a teoria de Roy é possível uma visão dos acontecimentos e refletir sobre os modos de adaptação de cada pessoa (só) ou como ser integrante de um grupo ou comunidade, permitindo aos enfermeiros uma intervenção focada no auxílio de uma adaptação eficaz e mais saudável (Bittencourt et al., 2018).

1.5. Cuidar do Adolescente com doença crónica

Enfermagem é uma ciência caracterizada principalmente pela arte de “*cuidar*”, em todas as suas vertentes e metodologias. Cuidar é descrito como a “essência da enfermagem e característica central, dominante e unificadora” (Leininger, 1988, p. 152), estando em concordância com o defendido por Benner e Wrubel (1989).

A autora Basto defende uma “designação de cuidar de enfermagem baseada no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento” (Basto, 2009, p.12). Para Diogo et al. o termo cuidar é descrito como “conceito central na identidade da enfermagem envolve a compreensão da experiência humana associada aos fenómenos saúde-doença” (Diogo, Vilelas., Rodrigues & Almeida, 2015, p.48).

Segundo Buckley (2002) “o coração da enfermagem holística está em ajudar a capacitar o paciente a utilizar seus recursos internos para melhorar sua qualidade de vida e se adaptar às mudanças causadas pela trajetória da doença” (McEvoy e Duffy, 2008, p.415).

No cuidado de enfermagem às crianças/jovens com doença crónica deverá existir um foco nas etapas de desenvolvimento, no desenvolvimento da família, nos cuidados centrados na família, na normalização, na integração e na gestão dos cuidados (McElfresh & Merck, 2014).

Ao cuidar do adolescente com doença crónica deverá privilegiar-se “uma abordagem aos cuidados centrados na família, que fortaleça a colaboração pais-profissionais empodera os pais e proporciona a melhor oportunidade para estratégias de intervenção adequadas que satisfaçam as necessidades únicas dos membros da família” (McElfresh & Merck, 2014, p.929).

No adolescente, a doença crónica interfere com o seu crescimento normal, trazendo maior risco ao desfecho adaptativo deste processo e ameaçando a gestão normal dos cuidados, acrescentando desequilíbrios no crescimento orgânico e fisiológico destes, por outro lado a própria doença crónica poderá ser influenciada pelos processos psíquicos de individuação e socialização que estão modificados nesta fase, alterando a perceção e a atitude dos adolescentes face a esta (Canha & Portinha, 2015). Estes mesmos autores referem que a autoimagem, a identidade e o desenvolvimento do ego são afetados nos adolescentes com doença crónica.

Um jovem com um problema de saúde crónico não deixa de ser um adolescente, e deverá ser compreendido com todas as implicações inerentes ao seu grupo etário, pelo que os profissionais de saúde para além de abordarem os aspetos relativos à doença devem também desenvolver competências para lidar com a temática de adolescência e as suas problemáticas associadas (Figueiredo et al., 2011).

Para Santos, Santos, Ferrão & Figueiredo (2011, p.16) “a adolescência, as suas alterações biopsicossociais e a doença crónica influenciam-se mutuamente, com especial relevância no comportamento social, rendimento académico e comportamento sexual”.

A doença crónica confronta o adolescente e a família com inúmeras ameaças e constantes desafios. Precisam de ser desenvolvidas estratégias a fim preservar o equilíbrio emocional, uma autoimagem satisfatória e um senso de competência e maestria (Wagner, Zeiler, Grylli & Berger, 2016).

Sendo a adolescência uma fase do desenvolvimento propícia “à adoção de comportamentos relevantes para a saúde que se repercutiram ao longo do tempo, é pertinente que os profissionais de saúde e a comunidade privilegiem uma atuação direcionada para a prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis” (Figueiredo et al., 2015, p.106). Assim, é importante ter em consideração o estágio da adolescência em que o adolescente se encontra:

nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que a sua autonomia vai crescendo é fundamental que comece a exercer maior responsabilidade nesse âmbito. As suas competências permitem-lhe agora compreender melhor o mundo que o rodeia, podendo assumir outras responsabilidades, outro nível de participação em tudo o que lhe diz respeito (OE, 2010, p.14).

Os adolescentes poderão assumir responsabilidades como: vigilância da sua situação, avaliação dos indicadores de exacerbação e mudança, automedicação e pedir ajuda (McElfresh & Merck, 2014).

Cuidar de adolescentes com doença crónica implica conhecer as diferentes circunstâncias da sua vida diária (Reisinho & Gomes, 2016). Sejam esses fatores relacionados à própria doença, tais como: fatores familiares (atmosfera familiar, membros do núcleo familiar, condição socioeconómica, grau de interferência na

organização familiar), fatores pessoais (temperamento, motivação, capacidade de resolver problemas, capacidade cognitiva e intelectual, autoconsciência e autoestima) e fatores socioambientais (apoio social e apoio do grupo de amigos, recursos comunitários e escola) (*ibidem*).

A educação, o apoio, o fornecimento de informação e a promoção da autogestão deverão ser adaptadas ao desejo de autonomia do adolescente, focando-se em resultados a curto prazo (Hamelmann & Szeffler, 2018; Global Initiative for Asthma, 2018).

A doença crónica no adolescente “pode perturbar o relacionamento social, o rendimento académico e o comportamento sexual de um adolescente; modifica permanentemente a vida do indivíduo e requer uma constante adaptação” (Santos et al., 2011, p.18).

Relativamente ao internamento de adolescentes com doença crónica Maas & Zagonel (2005) referem que o mesmo irá vivenciar três transições em simultâneo. Uma transição *desenvolvimental*, uma de *saúde-doença* e outra *situacional* que deverão ser alvo de especial atenção por “parte da equipa de enfermagem que deve possuir conhecimentos sobre transições, habilidades de comunicação e sensibilidade para conseguir aprender o que realmente significam essas vivências” (Figueiredo et al., 2015, p.107). Os enfermeiros “assumem um papel relevante na facilitação das transições indiferenciadas, este acresce de significado quando se trata de um processo de transição saúde-doença, devendo-se assumir uma postura de escuta e aceitação do outro, educação e orientação, promoção do autocuidado e conforto” (Santos et al., 2015, p.169).

Tendo em consideração que o foco de especial atenção do meu percurso foi “*O Cuidado de Enfermagem Promotor da Adaptação do Adolescente à Doença Crónica*”, a Teoria de Calista Roy, que desenvolveu o Modelo de Adaptação de Roy serviu de suporte teórico para fundamentar as minhas decisões.

1.6. Teoria de Calista Roy

Calista Roy classifica a Enfermagem como sendo “a ciência e a prática que expande capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa” (Philipps, 2004, p.307), delineando como conceitos principais: as pessoas como sistemas adaptativos (como indivíduos ou em grupos), o meio ambiente, a saúde e o objetivo da enfermagem (Senesac & Roy, 2015).

A adaptação é descrita por Callista Roy como um “processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental” (Philipps, 2004, p.307). Adaptação é desta forma um processo intencional em que a pessoa usa a consciência e a sua capacidade de escolher de forma a se assimilar ao seu meio ambiente (Senesac & Roy, 2015).

O Modelo de Adaptação de Roy é um modelo teórico para auxiliar a sistematizar o cuidado em enfermagem, fundamentando o conhecimento de enfermagem em métodos científicos que são orientadores da prática (Coelho & Mendes, 2011).

O Modelo de Adaptação de Roy considera o conhecimento básico como a compreensão da adaptação das pessoas, nos seus processos de vida, contemplando os modos adaptativos, os processos adaptáveis da pessoa/grupo bem como a adaptação relacionada com a situação de saúde (*ibidem*).

Através do Modelo de Adaptação de Roy é possível entender a pessoa como um sistema adaptativo e holístico, onde se inclui a noção de estímulos que interagem com as pessoas e desencadeiam respostas (Fawcett, 2009; Monteiro, Costa, Campos & Monteiro, 2016). Adaptação consiste na resposta positiva aos estímulos, bem como uma resposta negativa representa uma má adaptação (Senesac & Roy, 2015).

A pessoa como sistema adaptativo usa principalmente dois mecanismos internos centrais para se adaptar. Estes são chamados de subsistemas e classificados como regulador e cognador/cognescente, sendo caracterizados como inatos ou adquiridos, e usados para lidar com as constantes alterações do meio (Meleis, 2012; Roy & Andrews, 1999; Saini, Sharma, Arora & Khan, 2017). Quando se refere ao grupo pode classificar-se como subsistema estabilizador e como subsistema inovador (Senesac & Roy, 2015).

O subsistema regulador corresponde às respostas automáticas corporais de natureza neural, química e endócrina (Meleis, 2012; Roy & Andrews, 1999; Saini et al., 2017; Senesac & Roy, 2015).

O subsistema cognador/cognescente diz respeito aos processos cognitivos e emocionais através da interação com o meio envolvente, como estes quatro canais cognitivo-emocionais: o processamento e perceção de informação, a aprendizagem, o julgamento e as emoções (Meleis, 2012; Roy & Andrews, 1999; Saini et al., 2017; Senesac & Roy, 2015).

O subsistema estabilizador tem valores, estruturas e estabelece atividades diárias para cumprir o objetivo do grupo, como o caso das famílias que estão estruturadas de forma a ganhar a vida e garantir educação e sustento para os seus filhos, sendo influenciadas pelos seus valores o que implicada diretamente no modo como encaram as responsabilidades (Senesac & Roy, 2015).

Quanto ao subsistema inovador traduz-se na inovação e mudança que os grupos incutem nos seus processos de resposta às alterações do meio (*ibidem*). Sensac & Roy dão o exemplo das organizações que recorrem às formações das equipas e às atividade planeadas estrategicamente (*ibidem*). Verifica-se que quando o subsistema inovador está a funcionar bem, cada grupo elabora novos objetivos e com o seu crescimento e transformação alcança um novo domínio (*ibidem*).

Ambos os processos de *coping* tanto o cognador-regulador como o estabilizador-inovador são manifestados em quatro modos particulares de adaptação de cada pessoa ou grupo, a esses modos particulares de categorizar os efeitos de *coping* chamamos modos adaptativos (*ibidem*).

Roy define como principal objetivo da Enfermagem a promoção da saúde do indivíduo, do grupo ou da comunidade, promovendo a adaptação em cada um dos quatro modos adaptativos: fisiológico-físico, auto-conceito, função/desempenho e interdependência (Bittencourt et al., 2018; Naga & Al-Atiyyat, 2014; Meleis, 2012; Monteiro et al., 2016; Roy & Andrews, 1999; Roy & Andrews, 2001).

No modo adaptativo fisiológico-físico encontram-se assimilados os processos físico-químicos inerentes às funções e atividades do corpo humano, tais como: oxigenação, nutrição, proteção, eliminação e atividade/repouso (Bittencourt et al., 2018; Meleis, 2012; Monteiro et al., 2016; Roy & Andrews, 1999).

O modo auto-conceito segundo Roy & Andrews (2001) é descrito como a “necessidade do ser se identificar a si mesmo como um ser único, com identidade

própria que engloba a sua identificação física – a sua imagem e a sua autoconsciência moral, ética e espiritual” (Bittencourt et al., 2018, p.130).

O modo da função/desempenho tem a ver com o papel da pessoa, a maneira como este sente a necessidade de saber o seu papel, permitindo-lhe atuar de forma integrada (Bittencourt et al., 2018; Meleis, 2012; Roy & Andrews, 1999).

A interdependência é um modo de adaptação que diz respeito às relações interpessoais, com o dar e receber apoio, é expresso pela habilidade de amar, respeitar e valorizar, bem como a capacidade de ser amado, respeitado e ser valorizado (Meleis, 2012; Monteiro et al., 2016; Roy & Andrews, 1999).

Para Callista Roy considera-se a Enfermagem como uma ciência e uma prática que fomenta a melhoria das capacidades de adaptação e mudanças no meio em que a pessoa está inserida, bem como no grupo ou na sociedade dos quais faz parte (Bittencourt et al., 2018). Em que o “enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção de saúde, promovendo adaptações” (Bittencourt et al., 2018, p.130). Os enfermeiros têm a obrigação de possuir conhecimento científico sobre anatomia e fisiopatologia, desta forma ao compreenderem os processos fisiológicos naturais estarão capacitados para identificar alterações fisiopatológicas, possibilitando-lhes “reconhecer processos compensatórios e comprometidos da adaptação fisiológica” (Oliveira, Lopes & Araujo, 2006, p.3).

De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy a intervenção do enfermeiro quando cuida do utente, deverá ser manipular os estímulos que vêm do ambiente para que estes provoquem um *coping* positivo na pessoa e resultem em adaptação, considerando-se adaptação quando a resposta a estes estímulos é positiva, e deste modo “promover a adaptação nos quatro modos, melhorando a qualidade de vida” (Naga & Al-Atiyyat, 2014, p.18). Os enfermeiros deverão igualmente usar o seu conhecimento sobre o subsistema inovador com o intuito de criar e por em prática mudanças organizacionais nos grupos (Sensac & Roy, 2015).

Entendendo o estímulo “como tudo o que desencadeia uma resposta – foco de interação entre sistema humano e ambiente, originando-se do ambiente externo (estímulo externo) ou do ambiente interno (estímulo interno)” (Coelho & Mendes, 2011).

Através da análise das contribuições das teorias nomeadas poderá verificar-se que “transição é também compatível com as teorias que enfatizam a adaptação como o Modelo de Adaptação de Roy” (Meleis, 2010, p.28) o conceito de transição “pode

ser considerado apropriado com ou relacionado a conceitos como adaptação” (Meleis, 2010, p.66).

Constata-se desta forma um encontro positivo entre a Teoria de Meleis e a teoria de Roy no sentido em que ao conhecer os modos adaptativos da pessoa é possível traçar estratégias e intervenções dirigidas focadas nos problemas apresentados individualmente como vista a promover uma melhor qualidade de vida e ganhos para a saúde. É o caso do adolescente que se encontra num processo de doença crónica, ao mesmo tempo que atravessa a transição *desenvolvimental* de criança para adolescente e a transição de *saúde/doença* (Im, 2010).

1.7. Adaptação do adolescente à doença crónica

A doença crónica engloba alguns aspetos consensuais como referem Stanton, Revenson & Tennen (2007) esta: “a) implica adaptações nos múltiplos domínios da vida; b) desenvolve-se ao longo do tempo, impondo, assim, ajustes inerentes a este desenvolvimento, e c) é marcada pela heterogeneidade em cada pessoa que a porta, pela singularidade com que evolui e, conseqüentemente, pelo modo como cada pessoa com doença crónica se adapta à mesma” (Pais & Menezes, 2010, p.132). O processo de adaptação a uma doença crónica é variável, heterogéneo e depende de fatores específicos do contexto individual e social de cada adolescente (Santos, Matos, Marques, Simões, Leal & Machado, 2016).

Na rotina de vida diária verifica-se também que “tal como com incapacidade, as pessoas com doença crónica têm que se adaptar a um mundo criado por pessoas sem doença crónica, sem o reconhecimento da desigualdade que esta vivência, inevitavelmente, gera” (Pais & Menezes, 2010, p.132). Nesta perspetiva “a adaptação relaciona-se com o fato de os indivíduos se ajustarem aos diversos contextos em que actuam e se (en)volvem, tendo em conta as especificidades características da doença crónica que têm” (*ibidem*).

Os autores Gibson (1995), Shapiro (2002) e Stanton et al. (2007) consideram que “a (melhoria da) qualidade de vida advém, pois, da adaptação aos domínios físico, funcional, social e emocional por parte dos indivíduos portadores de doença crónica, mas também por parte de outros que com eles vivenciam” (Pais & Menezes, 2010, p.133). É essencial que os profissionais da saúde sejam “capazes de identificar as necessidades específicas de pacientes com condições crónicas e suas famílias,

permitindo a compreensão e adaptação ao processo de saúde e doença” (Reisinho & Gomes, 2016, p.7).

A capacidade de adaptação do adolescente à doença crónica é diretamente influenciado pela sua idade e pelo seu nível de desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo (Barros, 2003).

Vários estudos consideram que o período do desenvolvimento mais difícil para ser portador de doença crónica é a adolescência, pelo estado vulnerável destes indivíduos, pela sua busca de autonomização dos pais e dos adultos e por se poder tornar problemático vir a serem considerados “diferentes” pelos pares (Barros, 2003).

Para uma vivência adequada da adolescência é necessário que o adolescente, com doença crónica, se adapte à sua situação de saúde. Neste sentido Diez, Forjaz & Landívar (2005) e Hinds et al. (1990) citados por Gameiro (2012, p.136), dizem que “adaptação à doença é definida como um processo continuado através do qual os indivíduos lidam com situações novas ou ameaçadoras, de forma a gerir o sofrimento emocional, solucionar os problemas específicos relacionados com a doença e obter domínio ou o controlo das situações de vida relacionadas, no sentido de satisfazerem as suas necessidades de saúde”. Estes descrevem a uma adaptação efetiva como a situação “em que os doentes são capazes de reduzir ao mínimo os transtornos nas suas distintas áreas de funcionamento, regulando o mal-estar emocional e mantendo-se implicados nos aspetos da vida revestidos de significado e importância para eles” (Gameiro, 2012, p.136).

Para alguns autores a adaptação está relacionada com o *coping*. Na revisão bibliográfica que realizei deparei-me com a utilização do termo *coping* com o significado de processo sinónimo de adaptação. Como tal, neste presente relatório será mobilizada também a palavra *coping* quando nos referimos não à conclusão mas ao processo de adaptação. Autores como Lazarus & Folkman referem que “o *coping* é definido por esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais” (Guerreiro et al., 2014, p.166) afirmam que *coping* “é assim um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação, quando se está perante eventos stressantes. Como consequência da adaptação resultam o bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática” (*ibidem*).

De acordo com Barros “todos os avanços científicos e tecnológicos que permitam um tratamento menos invasivo e doloroso, ou menos perturbador das rotinas de tratamento, facilitam grandemente a adaptação à situação de doença” (Barros, 2003, p.140).

A compreensão dos efeitos da doença crónica nos contextos e na vida dos adolescentes, facilitará a maximização da sua participação social e permitirá planejar intervenções direcionadas a fornecer apoio e oportunidades que contribuam para um desenvolvimento saudável, compreendendo-se desta forma a importância da abordagem onde estará incluída a família e o grupo de pares, com foco numa melhor adaptação (Santos et al., 2016).

Pelas razões supramencionadas a atuação do enfermeiro será baseada em estratégias promotoras da autonomia, do autocuidado, da negociação da participação do jovem e família no processo do cuidar. O enfermeiro deverá incluir o adolescente no processo de cuidados permitindo-lhe desempenhar um papel e uma função, na gestão da sua condição, sendo este responsável por decisões respetivas à sua doença crónica e ao tratamento.

CAPÍTULO II: DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO FORMATIVO

2. Percurso Formativo – Estágio

Neste capítulo será feita uma descrição e reflexão crítica do percurso formativo no decorrer do Estágio que possibilitou a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE).

A competência é “um conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamento sócio – afectivo que permite exercer (...) um papel, uma função (...) uma actividade” (Phaneuf, 2002, p.2) Segundo a mesma “na formação de uma enfermeira ou no seu trabalho quotidiano, a aquisição da competência é um ideal a atingir, a prosseguir e mesmo a enriquecer” (*ibidem*)

Cuidar em enfermagem implica, a mobilização de competências técnicas, relacionais e afetivas. Pois, o cuidar não pode desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las simultaneamente para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nenhuma das suas necessidades, mesmo aquelas para as quais se torna necessária a intervenção técnica (Pacheco, 2002).

O que está igualmente de acordo com Abreu (2003) que refere que o processo de formação em enfermagem deverá estar intimamente relacionada com as aquisições do contexto clínico, num âmbito de saberes práticos, processuais e com recurso ao pensamento reflexivo (Abreu, 2003).

A esfera de atuação do EESIP, tem vindo a aumentar, de acordo com as necessidades de cuidados e atuais tendências populacionais (OE, 2018). De acordo com o Regulamento de Competências Específicas um EESIP:

trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

Para atingir esta qualidade de cuidados “é determinante a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional” (OE, 2011, p.6).

Relativamente à importância dos estágios Alarcão & Rua (2005, p.377) descreve:

os estágios clínicos implicam um processo de construção do saber profissional, saber situacional contextualizado, pessoalmente construído, referenciado a saberes disciplinares que, (...) se percebem na sua relevância e integração e de saberes experienciais transmitidos pelos profissionais já experientes com os quais se convive.

Foram selecionados cinco contextos de estágio como recomenda a OE, estes são locais considerados serviços/instituições de referência na prática de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Tornando assim possível a observação, colaboração e implementação de práticas de cuidados com vista ao desenvolvimento e à aquisição de competências, que permitam uma prestação de cuidados diferenciada e de elevada qualidade.

O meu percurso profissional contextualiza-se em Pediatria, procurando uma linha orientadora na Enfermagem Pediátrica, nomeadamente os cuidados à criança em diferentes fases de desenvolvimento e com situações de saúde diversas, e à família, por esta razão tornou-se possível desenvolver algumas competências para prestar cuidados a esta população. Com base na auto-avaliação e tendo como guia orientador as competências comuns e específicas do EESIP da OE e o foco de especial atenção, defini objetivos e planeei atividades que permitissem desenvolver tais competências. Elaborando para cada local de estágio, e de modo a orientar a minha aprendizagem um quadro orientador, tendo por fundamento as minhas necessidades de aprendizagem e as oportunidades que cada local me poderia proporcionar.

2.1. Unidade de Neonatologia

O primeiro contexto do percurso de Estágio foi numa Unidade de Neonatologia de um hospital da região da grande Lisboa. Este decorreu durante três semanas, no qual foi possível de prestar cuidados a crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e na Unidade de Cuidados Especiais. Para este local foi traçado o seguinte objetivo: desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem ao RN (Recém-nascido) com situação de saúde de grande complexidade, internado na neonatologia e respetiva família.

Numa primeira fase procurou-se conhecer a dinâmica do serviço e a organização dos cuidados de enfermagem, assim como o quadro de referência, que lhes está subjacente e possibilita a prestação de cuidados ao RN de alto risco e família. Houve a necessidade de leitura, análise e discussão das normas de serviço, com o enfermeiro orientador, a filosofia que está subjacente e orienta os cuidados nesta Unidade. A leitura de bibliografia de referência relacionada com a gestão de cuidados ao RN, permitiu uma prestação de cuidados diferenciada à criança e à família numa situação de especial complexidade.

De acordo com Wong (1999), os pais de uma criança prematura passam por três fases: •fase inicial ou de impacto, que se caracteriza por choque, descrença e por vezes negação; • fase de ajuste, que ocorre após o choque e manifesta-se por sentimentos de culpa, punição, raiva, diminuição da auto-estima, vergonha, medo, ansiedade, frustração, depressão e luta. Esta fase pode influenciar os pais na futura relação com o recém-nascido, nomeadamente no que se refere a super proteção, rejeição, negação e aceitação; • fase final que é também de ajuste e é caracterizada por expectativas realistas para o RN e reintegração da vida familiar.

O nascimento de uma criança prematura constitui para os pais uma surpresa e uma desilusão relacionada com a diferença entre a imagem do bebé idealizado e a realidade. Quando uma criança é internada numa UCIN, os pais experimentam uma série de sentimentos como: culpa ansiedade, desespero, impotência e receio da morte do bebé necessitando de ajuda para se adaptarem e ultrapassarem com êxito esta situação (Pedrosa et al., 2005; Rabelo, Chaves, Cardoso & Sherlock, 2007; Lima, Mazza, Mór & Pinto, 2017).

De modo a ajudar a família a se adaptar à nova realidade da sua vida, após o internamento na UCIN providenciei um acolhimento, de forma a explicar as normas

do serviço e as regras de funcionamento. O que vai de encontro ao descrito na Carta da Criança Hospitalizada no artigo 3º “os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho” bem como “os pais devem ser informados sobre a rotina da enfermaria de forma a poderem participar nos cuidados ao seu filho. A sua participação deve ser encorajada” (Carta da Criança Hospitalizada, 2009, p.14-15).

Atendendo à sua condição de imaturidade física, os recém-nascidos pré-termo necessitam de especial atenção na promoção de medidas de intervenção em relação ao esforço respiratório, à manutenção da temperatura corporal e ao equilíbrio hidroeletrólítico, à prevenção de infeções e ao fornecimento de nutrição adequada ao seu crescimento.

Na UCIN o cuidado de enfermagem ao recém-nascido pré-termo tem enfoque na avaliação neurocomportamental individualizada, diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem, implementação de intervenções e reavaliação para promoção do crescimento e maturação adequados, num ambiente potencialmente nocivo, como defende Askin & Wilson (2014).

Para Almetier & Phillips cuidados neuroprotetores são cuidados, estratégias ou intervenções usadas para sustentar o desenvolvimento cerebral ou facilitar o desempenho cerebral após uma lesão neurológica de modo a que diminuía a morte das células cerebrais e permita a cura através do desenvolvimento de novas conexões e caminhos funcionais. Estes promovem o desenvolvimento normal e previnem deficiências. Estes cuidados implicam comportamentos organizacionais, ambientais e terapêuticos adequados, como por exemplo o cuidado centrado na família (Almetier & Phillips, 2016). Os cuidados neuroprotetores focam-se na parceria com as famílias e fortalecendo o apego que permite a promoção da estabilidade da criança e família; fornecendo contenção suave, limites corporais de apoio e posições flexíveis que ajudem a simular o útero que foi perdido prematuramente; diminuindo o *stress* e a dor, protegendo o sono e a pele, e otimizando a nutrição adequada aos RN. Os benefícios dos cuidados neuroprotetores contribuem para melhores resultados a nível físico, cognitivo e até emocional (*ibidem*). Na UCIN prestei cuidados neuroprotetores, tais como reduzindo o *stress* e a dor do RN, evitando procedimentos dolorosos e manipulação excessiva, procurando minimizar os ruídos e a exposição luminosa, usando os protocolos de prevenção e avaliação da dor, o que está de acordo com o defendido por Almetier & Phillips.

Conhecendo toda a fragilidade física do RN e as suas limitações associadas, providenciei uma atuação que apoiasse e encorajasse os pais a interagir com o RN de alto risco e a assumir gradualmente a prestação de cuidados, à medida que a condição clínica deste permitia, como defende Askin & Wilson (2014), fomentando também desta forma a vinculação. Encorajei os pais a expressar os seus sentimentos e as suas perceções, de forma genuína, de modo a que se sentissem integrados no processo de cuidados centrado e que este fosse ao encontro das suas expectativas e necessidades como recomenda OE (2015). Procurei incluir os pais/cuidadores na prestação de cuidados, informando-os sobre os tratamentos, que iam ser realizados e envolvendo-os nas tomadas de decisão relativas ao processo de cuidados (*ibidem*). Este envolvimento foi desenvolvido à medida das suas competências. Inicialmente, realizei uma abordagem preliminar e uma avaliação minuciosa das capacidades e potencialidades parentais, de forma a contextualizar, selecionar e implementar os processos de cuidados construídos em parceria com estas, como defendido pela OE e pela filosofia de CCF.

A maternidade é considerada por Meleis como uma transição *desenvolvimental*, por isso a minha intervenção foi no sentido de promover oportunidades de contacto e interação entre as mães e os bebés, apoiando as mães e encorajando-as a participarem de forma ativa nos cuidados, de forma a completar de forma saudável a transição da maternidade (Meleis, 2010). Nelson (2003) refere também que “ “kangaroo care” nas UCIN é uma estratégia que promove a vinculação maternal” (Meleis, 2010, p.111).

Askin & Wilson defende que “o cuidado centrado na família de recém-nascidos de alto risco inclui o encorajamento e o facilitamento do envolvimento dos pais” (Askin & Wilson, 2014, p.358) desta forma os pais, ao prestarem cuidados, como mudar a fralda ao seu bebé, sentir-se-ão mais ativos e empenhados no seu processo terapêutico (Askin & Wilson, 2014). Neste sentido a prestação de cuidados pelos pais ajuda-os a melhorar a sua confiança, a aumentar a sua capacidade de cuidar do bebé, a reduzir o tempo de permanência no hospital e a taxa de readmissão para o hospital (Brett, Staniszewska, Newburn, Jones & Taylor, 2011). Os enfermeiros ao incluir os pais no processo de cuidar, estão a potenciar as suas capacidades e a capacitá-los de forma a ajudá-los a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se deparam diariamente (OE, 2015). A minha intervenção nestes serviços teve intencionalmente a participação dos pais, quer na

prestação de cuidados de higiene quer de conforto, fomentando a sua autonomia, integração e adaptação à condição do RN, estando de acordo com os autores supramencionados.

Na Neonatologia incentivei regularmente a amamentação, dando espaço e liberdade às mulheres para tomarem a sua decisão autonomamente, a promoção da amamentação é de extrema importância como se justifica de seguida. A mãe ao amamentar sente-se parte integrante dos cuidados, fornecendo o leite para o seu bebé e sente que tem uma contribuição significativa. A ingestão precoce do leite materno, mesmo que em pequenas quantidades, reduz significativamente o uso de fluidos parenterais, diminui o risco de infeção e diminui a duração da hospitalização, sem efeitos adversos (Gephart & Weller, 2014).

Promovi a colocação do bebé em contacto pele a pele designado “método canguru” pois constata-se que este método em associação a períodos curtos de massagem suave ajuda a reduzir o *stress* de recém-nascidos pré-termo, bem como estão descritos benefícios na redução da incidência de doenças graves ou infeções nosocomiais, na manutenção da estabilidade térmica e da saturação de oxigénio, na acelerar a maturação neurológica, na melhoria da interação parental e na melhoria da satisfação materna (Askin & Wilson, 2014).

No decorrer deste percurso, integrei a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), que pertence ao serviço da Neonatologia do hospital. Inaugurada em 2009, tem como missão o acompanhamento de determinados RN após a alta da UCIN para o domicílio. Desta fazem parte enfermeiros e médicos, que através de visitas programadas com a família têm como objetivo a vigilância de saúde dos RN e a promoção da saúde. A intencionalidade deste acompanhamento é perceber as dificuldades que os pais sentem ao permanecerem em casa sozinhos com o RN, após o internado. Através da análise das dificuldades é definido um conjunto de intervenções dirigidas de modo a colmatar as falhas e a promover continuamente o desenvolvimento das competências parentais para cuidarem do RN. Assim, é promovida a capacitação e o empoderamento através da educação e do reforço positivo. As visitas também permitem vigiar e sinalizar precocemente a situação em caso de falência de cuidados ao RN, quer por incapacidade parental ou por condições socioeconómicas precárias. São feitas visitas apenas até os pais se sentirem seguros e autónomos.

Na minha intervenção na UMAC fez parte o esclarecimento de dúvidas sobre: amamentação eficaz, cólicas, Programa Nacional de Vacinação (PNV), administração e validação do esquema terapêutico, posicionamentos do RN e sinais de alarme de situações complexas com indicação para recorrer ao Serviço de Urgência. Durante a visita a diferentes famílias procurei manter uma relação terapêutica – empática, de escuta ativa, estabelecendo parceria com os clientes, bem como respeito pelas suas capacidades e pela valorização das suas potencialidades, como defende a OE (2001).

De modo a ajudar os pais a ultrapassar os desafios que o internamento do RN na UCIN põe, os enfermeiros poderão sustentar a sua prática através do Modelo de Adaptação de Roy, estipulando estratégias intencionais com base na compreensão dos estímulos inerentes a este processo e intervindo de forma a desencadear respostas positivas com intenção de promover a adaptação dos pais a esta realidade (condição de saúde do RN e internamento).

2.2. Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Saúde Familiar

O segundo contexto de estágio foi nos Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), na periferia de Lisboa e decorreu num período de três semanas. Para este local foi traçado o seguinte objetivo: desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença, com foco no desenvolvimento infantil.

Neste período trabalhei com a enfermeira orientadora, que era enfermeira de família integrada nos cuidados de saúde primários. Nos primeiros dias neste local de estágio procurei conhecer o quadro de referência e os modelos conceptuais, que estão subjacentes e que sustentam a prática de cuidados nesta USF.

Na carta de Ottawa para a promoção da saúde da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 novembro de 1986, é referido que a promoção da saúde é o processo que visa desenvolver capacidades dos indivíduos e das suas comunidades para ajudar a controlar a sua saúde, potenciando-a. Na mesma, também, é referido que para se atingir um estado de bem-estar a todos os níveis (físico, mental e social) a pessoa ou a sua comunidade deverá estar habilitada para satisfazer as suas necessidades de saúde, de modo, a modificarem-se ou se adaptarem ao meio envolvente (OMS, 1986).

Os enfermeiros desta (USF) desenvolvem, no âmbito da saúde infantil, programas diferenciados e dirigidos à população em que se inserem. Estes programas desenvolvidos são os definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS), tais como: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), Programa Nacional de Vacinação (PNV), Programa de Planeamento em Saúde, Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção do Tabagismo, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa de Promoção de Segurança Alimentar.

Tendo em consideração os objetivos de estágio, o foco principal foi a Saúde Infantil, em todas as suas vertentes. O desenvolvimento das atividades relacionadas com a saúde infantil segue o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2013.

O atendimento ao utente pediátrico torna-se um desafio, pois, este é caracterizado por diferentes e complexas fases de desenvolvimento e crescimento, que acarretam especificidades e características variadas. A DGS considera o desenvolvimento psicomotor como parte integrante de um processo dinâmico e contínuo, verificando-se que a ordem do aparecimento de diferentes funções é constante (DGS, 2013a). No entanto, alerta para o fato de, que a idade de aparecimento de novas aquisições e a velocidade de passagem de um estágio para o outro, são variáveis entre crianças (*ibidem*).

As consultas de enfermagem de saúde infantil seguem as orientações do PNSIJ e são focadas nas necessidades da criança ou família. A consulta de enfermagem faz-se coincidir com a data da consulta médica (considerados exames de saúde oportunistas que em conjunto com a gestão da periodicidade, respeitando a família em questão e os eventuais momentos do contexto familiar, permitem diminuir a taxa de abandono e as idas à USF, como se encontra referido na DGS (2013). Nestas tive oportunidade de fazer a avaliação do estado de saúde da criança complementada com a avaliação antropométrica. Em idades específicas da criança fiz avaliações estipuladas como: avaliação da Tensão Arterial (após os três anos); avaliação do desenvolvimento utilizando a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada em idades chave; ou ainda a *Checklist for Autism* nos *Toddlers*.

A utilização da Escala do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada possibilitou a avaliação do grau de desenvolvimento, de forma direcionada à idade cronológica. É enfatizado pela OE que “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o Enfermeiro deve associar ao seu

conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização” (OE, 2010, p.72).

A OE evidência que “a avaliação do desenvolvimento permite identificar precocemente as perturbações psicomotoras, adequando as intervenções necessárias. Quanto às perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência estima-se que, “10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental” (DGS, 2013a, p.2). A Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência revela que 1 em cada 5 crianças apresenta problemas mentais e esta realidade está a aumentar (Ministério da Saúde, 2009).

Durante este estágio na USF tive oportunidade de fazer o acompanhamento de uma adolescente em risco de desenvolver doença mental, que já estava a ser seguida em consulta da especialidade. A intervenção é sempre realizada de um modo multidisciplinar e a articulação com o hospital da área de residência, permite um melhor e mais eficaz acompanhamento. Este acompanhamento permitiu-me estudar o documento de “Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários” onde são descritas as linhas orientadoras para uma eficaz avaliação, triagem e posterior referenciação (*ibidem*).

Nas consultas de saúde infantil impulsionei comportamentos de promoção de saúde abordando temas sobre os quais eram identificadas lacunas de conhecimento ou através de ensinamentos antecipatórios de acordo com as idades-chaves, como preconizado no PNSIJ. Fiz educação para a saúde sobre temas diversificados, tais como: a diversificação alimentar, a prevenção de acidentes, a amamentação (promoção da mesma e técnicas para o seu aperfeiçoamento), os cuidados ao cordão umbilical ou ainda abordagem e cuidados para cicatrização de feridas. Nestas consultas fomentei as competências parentais que se definem como o “conjunto de conhecimentos e de habilidades das mães e/ ou dos pais que permitem o desempenho, com mestria, do papel parental e garantem o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança” (Cardoso, Silva & Marín, 2015, p.13).

Ao exercer educação para a saúde, por exemplo aos pais de RN, através da partilha de conhecimentos, promovi a parentalidade. Considera-se parentalidade o “assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai. Comportamentos destinados a facilitarem a incorporação dum RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (OE, 2011, p.14). Os EESIP

detêm conhecimentos relativos ao crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, o que lhes permite durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil por em prática as suas competências técnicas e relacionais monitorizando e vigiando possíveis alterações. O seu conhecimento também lhes permite antecipar e dar resposta a situações de emergência que possam ocorrer.

Nas consultas aos adolescentes o foco de atenção também estava centrado na educação para a sexualidade, na prevenção de acidentes e da obesidade. A OE refere que, tem vindo a aumentar o número de adolescentes, com perturbações emocionais e comportamentais que poderão eventualmente levar a comportamentos de risco, como o uso de álcool e drogas (OE, 2011). Tendo em consideração esta realidade e o foco de atenção na adolescência, realizei um vídeo com o objetivo de alertar esta população para o não consumo de álcool e tabaco incidindo sobre a sua gravidade e consequências destes consumos. O vídeo tem como título “Sensibilização dos Adolescentes para o não consumo de álcool e tabaco”. Este vídeo ficou a passar no *videowall* que está na sala de espera da USF e vai passando em alternância onde passam outros vídeos direcionados com promoção de saúde (APÊNDICE III).

Por norma as consultas de enfermagem coincidiam com a idade indicada para a vacinação e esta era realizada. No ato de vacinação procurei seguir sempre as orientações para os CNT. Assim, utilizei estratégias que permitissem minimizar a dor, tais como: a distração, recorrendo a equipamentos tecnológicos ou musicais; a imaginação guiada; o relaxamento, informação prévia e permiti sempre a presença do cuidador, como recomenda a OE (2013). O cuidador tinha uma participação ativa ou não de acordo com a sua vontade e capacidade. A decisão dos cuidadores participarem ou não no ato da vacinação era sempre negociada e respeitada.

Além das consultas de vigilância de saúde, também tive oportunidade de participar em consultas feitas a crianças com doença aguda e crónica. Nestas a abordagem era centrada na prevenção secundária e terciária.

2.3. Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico

O terceiro estágio ocorreu num período de três semanas no Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico.

O centro escolhido está localizado fora da grande Lisboa, mas acolhe cidadãos de todo o país. Dá resposta a pessoas de todas as idades, sendo vocacionado especificamente para a reabilitação pós-aguda a indivíduos portadores de deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida. O seu principal objetivo é a promoção da máxima funcionalidade, valorizando e potenciando as capacidades de cada pessoa e apoiando-a no refazer do seu projeto de vida, satisfazendo também as necessidades dos seus cuidadores. Apresenta um núcleo de investigação científica onde se aposta na inovação tecnológica e incentiva a investigação, a formação e o desenvolvimento. Para este local foi traçado o seguinte objetivo: desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença.

Desenvolvi o meu estágio no serviço de Pediatria e na Consulta. Os jovens e as crianças internadas neste serviço tinham sido vítimas de acidentes, tentativas de suicídio ou eram portadoras de doenças crónicas. Todas apresentavam deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida. As consultas de Desenvolvimento eram direcionadas a estas no pós-alta. Foi-me possível trabalhar com as equipas de cuidados diferenciados, tanto ao nível do internamento de Pediatria como na Consulta.

Consideram-se crianças com necessidades especiais de cuidados “crianças que apresentam condições especiais de saúde com necessidades de cuidados contínuos, sejam eles de natureza temporária ou permanente” (OE, 2011, p.14).

Os internamentos ocorrem de forma planeada, no seguimento de um evento específico ou necessidade de cada criança ou jovem. Cada internamento implica uma abordagem multidisciplinar contínua, em equipas formadas pelos seguintes profissionais: enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, EEESIP, médicos, psicólogos fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, e educadores. A equipa multidisciplinar recorre a reuniões diárias, realizadas espelhando a regularidade exigida pelo o estado clínico da criança/jovem e sua evolução. Nestas é definido um plano de cuidados, em parceria com todos os profissionais, personalizado para cada criança, com base na avaliação.

O plano é sujeito a revisões sistemáticas e regulares, sofrendo ajustes ou alterações tendo em conta a evolução do estado de saúde de cada criança.

No RPQCEESCJ constata-se que os acidentes são uma das causas de maior importância nos casos de morte ou incapacidade temporária ou permanente na pediatria (OE, 2011). Este declara também que “devido aos avanços da investigação médica e tecnológica, existe um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso do desenvolvimento, necessitando de reforço da intervenção precoce e implementação dos Centros de Desenvolvimento” (OE, 2011, p.2).

Nesta unidade de cuidados o método de trabalho praticado pelos enfermeiros é o de enfermeiro de referência. O enfermeiro de referência é “enfermeiro a quem é atribuído um número determinado de clientes sendo responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados, bem como a supervisão dos cuidados implementados durante o internamento” (OE, 2011, p.14). O plano de cuidados e as intervenções de enfermagem elaboradas e realizadas espelham os CCF, a parceria de cuidados e os CNT.

Durante o internamento recorrendo à negociação a família é incentivada a estar presente e a participar nas atividades e nos cuidados prestados. Participei no planeamento e implementação de cuidados de enfermagem, de forma a promover a autonomia das crianças/jovens e suas famílias e desenvolvi estratégias de capacitação e empoderamento destes visando a total integração nos cuidados e o seu empenho ativo, promovi estratégias para reduzir a dor durante a hospitalização, o que está em concordância com o descrito na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2009). Só em momentos específicos de aprendizagem é que está ausente como por exemplo nas atividades escolares.

No Programa Nacional de Saúde Escolar verifica-se a importância da inclusão do jovem nas atividades escolares, com o apoio de professores, permitindo-lhe acompanhar (com a ajuda destes) o programa escolar estipulado para o seu grau de ensino, tentando cumprir os requisitos estipulados, para transitar de ano letivo. Geri e priorizei os cuidados de acordo com as rotinas escolares dos jovens internados, promovendo o seu sucesso escolar e integração no grupo de pares, o que vai de encontro ao que McElfresh & Merck (2014) defendem.

Cabe ao enfermeiro facilitar a integração do jovem na comunidade, fazendo a ponte com os cuidados de saúde primários, estabelecendo a articulação entre a unidade hospitalar e a os cuidados existentes na comunidade. O enfermeiro do

hospital têm a responsabilidade de transmitir os cuidados específicos para aquele jovem com necessidade de cuidados especiais, mantendo a continuidade de cuidados, fulcral para que o jovem atinja a máxima capacitação, autonomia e funcionalidade, deste modo agi em concordância com a OE (2010) e estabeleci contacto com o centro de saúde após a alta de um jovem, onde partilhei informações relativas aos cuidados específicos promovendo desta forma a continuidade destes.

Na prestação de cuidados nestes contextos de estágio (consulta e internamento) desenvolvi e promovi CNT e medidas não farmacológicas no controlo da dor, tendo em conta as lesões físicas apresentadas e a dor decorrente dos exercícios e mobilizações necessárias à melhor e mais rápida recuperação dos utentes pediátricos. Providenciei sempre uma distração ou brinquedos (de acordo com a faixa etária), que estivesse presente nos momentos de maior esforço físico, com alguma probabilidade de se tornarem dolorosos, ou para fomentar a participação, nomeadamente: durante as mobilizações no leito; nas transferências; nos cuidados de higiene totais ou parciais; na colocação no Standing-Frame; na colocação e ajustamento de talas de barbas ou talas posteriores. Esta atuação está de acordo com o defendido por Janse, Santos, & Favero que indica que o brinquedo é utilizado para facilitar a comunicação, a motivação e a participação das crianças durante o decorrer da sua hospitalização, permitindo promover a sua individualidade (Janse, Santos, & Favero, 2010).

Nas consultas avaliei o grau de adaptação do utente pediátrico e família à sua condição, à aquisição de novos equipamentos e assimilar as suas necessidades, a função deste acompanhamento incide nesta avaliação/abordagem. Realizei ensinamentos sobre cuidados a ter com a pele e medidas de prevenção de lesões cutâneas, bem como os sinais de alarme em contexto de uma possível disreflexia autonómica, todo isto decorre da condição de saúde, da fricção ou mau uso dos equipamentos de apoio. Pode acompanhar a verificação do grau de adequação destes e a adaptação das crianças e dos jovens aos mesmos.

A minha intervenção também foi desenvolvida no sentido em promover um *coping* positivo dos jovens e das crianças internadas ou que recorriam à consulta, através da manipulação dos estímulos com vista à adaptação nos quatro modos adaptativos definidos no Modelo de Adaptação de Roy (Senesac & Roy, 2015).

Importa também referir que de acordo com Meleis e a teoria das transições neste contexto um adolescente está a atravessar três tipos de transições diferentes,

tais como: *desenvolvimental* (tendo em conta a sua passagem de criança para adolescente), de *saúde-doença* (tendo em conta o seu estado clínico) e *situacional* (devido a necessidade de internamento), sendo que a minha intervenção se sensibilizou pelo modo como considere que o adolescente vivenciava estas transições o que está em concordância com Meleis.

2.4. Serviço de Urgência Pediátrica

O quarto estágio foi realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e decorreu num período de três semanas, num hospital da região de Lisboa. Para este contexto de estágio foram traçados os seguintes objetivos: desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença aguda; e desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família na promoção da adaptação à doença crónica.

O SUP selecionado tem as seguintes valências: Triage, Reanimação, Sala de Tratamentos, Sala de Aerossóis, Sala de Observação (SO) e Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos (UCIP). O SUP recebe crianças dos 0 aos 18 anos, com alterações/sintomas que alteram a sua condição de saúde, com diagnóstico de doença aguda ou por agudização da doença crónica. Prestei cuidados à criança, jovem e família em todas estas valências.

A Triage é o início do percurso pelo SUP. Esta é feita através de Sistema de Triage de Manchester (com fluxogramas pediátricos) e acontece num encontro rápido, em que, pela na queixa do cliente, pela colheita de dados e pela avaliação é atribuída uma prioridade clínica. Nesta são tomadas medidas terapêuticas para fazer diminuir a temperatura ou aliviar a dor, estas estão protocoladas e a sua implementação é da responsabilidade do enfermeiro.

Considerando a importância da avaliação e sensibilização para a dor na criança/jovem, é importante a sua avaliação no decorrer da sua experiência hospitalar, esta avaliação começa na Triage (OE, 2013). O cumprimento da avaliação da dor é tão importante que faz parte dos itens avaliados no processo de acreditação de todas as entidades responsáveis certificadas (DGS, 2012).

Nos serviços de Pediatria deste hospital utilizam-se escalas *standarizadas* como instrumento de avaliação de dor, adaptadas às diferentes faixas etárias: NIPS

(Neonatal Infant Pain Scale) (mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo); FLACC (*Face, Legs, Acti vity, Cry, Consolability*) e EN (Escala Numérica). Estando em concordância com a Orientação Técnica nº 014/2010 da DGS (2010) que refere que a avaliação da dor deverá recorrer à utilização de vários instrumentos e onde é recomendada a sua aplicação acordo com a idade ou grau de compreensão. No caso dos utentes portadores de deficiência cognitiva deverá manter-se a utilização da FLACC mesmo após a idade cronológica dos 4 anos.

Na minha prestação de cuidados avaliei a dor de forma sistemática e recorrendo às escalas, o que está de acordo com a orientação da DSG que aconselha a avaliação de “forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto. No caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas)” (DGS, 2010, p. 2).

Em todas as valências do SUP e na UCIP no decorrer das práticas de enfermagem verificou-se o quadro referência subjacente a estas, como os CCF, a parceria de cuidados e os CNT, usado para melhorar a qualidade dos cuidados.

Pela sua complexidade o utente que recorre ao SUP ou que está internado na Unidade necessita de cuidados específicos, os enfermeiros que ali trabalham possuem competências técnicas e científicas que lhes permite cuidar destes. Cuidar de crianças e jovens neste contexto é caracterizado por um elevado grau de complexidade, *stress* e necessidade de adaptação rápida e eficaz em diferentes contextos, tornando-se extremamente exigente ao nível profissional.

Tendo em consideração que o medo da morte é um sentimento, frequente, presente na criança e na família que ocorrem ao SUP, o enfermeiro (Diogo et al., 2015) deverá ter em conta que se a experiência “é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz (promove a auto-estima, a capacitação, a aprendizagem de estratégias de *coping*) por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos *stressores* em situações futuras” (Diogo et al., 2016, p.31).

Considera-se que a capacidade de adaptação à situação de doença aguda e a capacidade de comunicação eficaz são de extrema importância para desempenhar uma prestação de cuidados adequada. Comuniquei de forma clara, simples e eficaz, adequada a todas as famílias e a todas as faixas etárias, criando uma relação empática sustentada por respeito mútuo e consideração pelas crenças, valores, medos e preocupações do recetor da mensagem. Procurei mostrar disponibilidade e prestar apoio emocional durante a minha intervenção (OE, 2018).

Em todos os contactos (jovem/criança-enfermeiro-família) foi providenciada a obtenção de consentimento informado para realização dos procedimentos, incluindo da criança ou jovem quando estes tinham um grau de desenvolvimento que permitia a compreensão dos acontecimentos. Providenciaram-se momentos de esclarecimento aos pais ou cuidadores, de forma recorrente e integrada com vista a aumentar o nível de informação. Implementando um CCF e uma promoção contínua da parceria de cuidados, que vai de encontro ao direito fundamental descrito na Carta da Criança Hospitalizada que indica que tanto as crianças como os seus pais deverão obrigatoriamente estar informados, de modo a que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde (IAC, 2009).

Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de acolher no SO e na UCIP, providenciando uma abordagem preocupada. No acolhimento são explicadas as regras e protocolos de funcionamento e é entregue um guia de acolhimento em suporte papel. Este acolhimento é fundamental e dita os sentimentos e nível de conforto dos utentes. O facto de se entregar as informações em papel facilita o acesso às regras e depreende-se com o facto que os momentos de admissão são posteriores ou durante uma explosão sentimentos como o medo e ou preocupação. Realizei o acolhimento e mostrei-me disponível para qualquer esclarecimento.

Pelas medidas supramencionadas considero que a minha prestação de cuidados no decorrer do estágio, está em concordância com o defendido por Diogo et al. em que “o enfermeiro deve recorrer a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos, promovendo um ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções e construindo uma relação que ajuda, apoiante e securizante” (2015, p.43).

No SO foram prestados cuidados essencialmente a utentes pediátricos com: crises de dificuldade respiratória, vômitos incoercíveis, *status* pós-crítico de convulsões, alterações do estado de consciência em estudo, *status* pós traumatismo craniano, episódios de engasgamento, ingestão de corpo estranho ou queda traumática. O cuidar destas crianças requer um nível elevado de compreensão pelo seu estado psicológico e emocional recorrente do evento que estão a vivenciar e ter em atenção as suas necessidades e dificuldades. O grau de vigilância em algumas destas situações requer dedicação e presença do enfermeiro, assim como que este transmita calma e eficácia, através dos seus cuidados e apresentando-se disponível na inclusão do binómio nos cuidados e no esclarecimento de dúvidas.

No estágio verificou-se a elevada quantidade de procedimentos invasivos, tanto como meios complementares de diagnóstico, como para tratamento. Considera-se como “procedimentos invasivos nas crianças (todos os que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos, à exceção dos procedimentos cirúrgicos major e dentários) ” (DGS, 2012, p.1). Torna-se evidente a importância que o EE providencie uma gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas no combate e alívio da dor, bem como esteja sensibilizado para o bem-estar psicossocial e espiritual da criança/jovem (OE, 2018).

Segundo a OE as medidas não farmacológicas são:

geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos (...) aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família. A sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica (OE, 2013, p. 13).

Considera-se como medidas não farmacológicas as: intervenções *sensoriais* (como: frio, calor, massagem, sucção); e intervenções *cognitivo-comportamentais* (como: brincadeira, distração, relaxamento), implementadas em função da idade/desenvolvimento cognitivo (capacidade de pensamento abstrato) e do tempo disponível para aprender a técnica por parte da criança/família (DGS, 2012). É fundamental realçar que estas medidas “promovem o direito da criança de ser envolvida no processo, dando-lhe a liberdade de pensar, experimentar e explorar. Centram-se nas suas capacidades e não nas causas de dor, fazendo-a sentir-se orgulhosa pela sua participação ativa” (Santos, Santos & Lacerda., 2018, p.169).

Utilizei na minha intervenção medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor e para a diminuição da dor nos procedimentos invasivos. Nestes foi possível recorrer ao uso de medidas não farmacológicas e promoção dos CNT, utilizando medidas de distração e mudança do foco de atenção da criança/jovem no momento dos cuidados dolorosos, recorrendo a instrumentos musicais, brinquedos, ouvindo música, cantando uma canção, instruindo o uso de técnicas de relaxamento e controlo da respiração, bem como foi negociada a permanência dos pais ou cuidador de referência, o que está de acordo com as orientações da DGS e OE.

A UCIP é caracterizada pelo seu grau de exigência e vigilância de todas as crianças internadas neste contexto. Aqui elaboram-se planos de cuidados

multidisciplinares (enfermeiros, médicos, nutricionista, fisioterapeutas), que permitem uma prestação de cuidados eficaz e direcionada às necessidades de cada criança especificamente, através de uma avaliação criteriosa e sistemática. O utente pediátrico aqui internado apresenta maioritariamente os seguintes diagnósticos: insuficiência respiratória (por vezes com necessidade de ventilação não invasiva), asma descompensada, cetoacidose diabética, pós-operatória de cirurgias complexas, diabetes inaugural, mal epilético, entre outros.

Os autores Diogo et al. descrevem a hospitalização em contexto de urgência como uma das experiências mais traumáticas para as crianças (Diogo et al., 2015). Devido aos efeitos que o internamento, a permanência no SO ou a experiência da ida ao SUP incutem nas crianças e na família constata-se que os enfermeiros deverão fomentar “um cuidado humanizado, reconhecem e identificam os principais comportamentos esperados quando a criança vive esta experiência de crise, e as respostas, comportamentos ou estratégias de conforto diferem consoante o estágio de desenvolvimento da criança” (Diogo et al., 2015, p.45).

Promovi a amamentação eficaz nas mães de lactentes durante o internamento na UCIP, de acordo com a OE (2018). Empoderando-as com conhecimentos sobre esta, a sua importância, e os benefícios do leite materno, bem como do seu direito em não o fazer. Compreende-se a amamentação como um momento de partilha, promotor da relação mãe-bebé e da vinculação, e subentende-se o internamento como um fator disruptivo para esta prática.

Fomentei a partilha de informação específica (entre serviços) e dados sobre os cuidados especializados de cada criança/jovem, de modo a permitir uma continuidade de cuidados, essencial para a melhoria significativa da saúde do utente pediátrico e também possibilitando uma uniformização dos cuidados.

O cuidado à criança/jovem e família em situações emergentes ou de grau urgente representa um desafio e um elevado grau de complexidade, seja por incutir a obrigação e necessidade da posse de conhecimentos diferenciados como na busca constante de conhecimentos atualizados. Só através deste grau de competências e saberes é possível a prestação de cuidados adequados e direcionados às necessidades fundamentais para estabilizar o estado de saúde evitando as sequelas graves ou até a morte. Com a agravante de que as decisões, tem na maioria das vezes, que ser tomadas e assumidas no imediato.

Verificou-se através dos dados estatísticos (fornecidos gentilmente por esta unidade de saúde para consulta), que neste hospital a percentagem de jovens com doença crónica que recorrem ao SUP é significativo. Foi possível desenvolver e apresentar a todos os elementos constituintes da equipa de enfermagem, uma formação em *power point* denominada “Cuidar do adolescente com Doença Crónica” com o objetivo de sensibilizar para as intervenções promotoras da adaptação do adolescente à sua doença crónica (APÊNDICE IV).

2.5. Hospital de Dia de Pediatria

O estágio de Hospital de Dia de Pediatria (HDPed) decorreu num período de cinco semanas. Os objetivos escolhidos para este contexto de estágio foram: desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família na promoção da adaptação à doença crónica.

O HDPed está diretamente ligado física e institucionalmente ao serviço da Consulta Externa de Pediatria, partilhando a mesma equipa de saúde. Esta ligação permite a continuidade de cuidados e rápida atuação em casos de agudização súbita do estado de saúde ou necessidade de apoio, possibilitando a prestação de cuidados adequada às necessidades de cada criança ou jovem. As sessões do HDPed funcionam de forma multidisciplinarmente programada e através de negociação com a família, sendo previamente preparadas.

No HDPed foi possível desenvolver procedimentos e provas dedicadas a diversas especialidades como: Pediatria, Imunoalergologia, Endocrinologia. Tais como: provas de provocação oral (medicamentosas e alimentares); administração programada de vacinas; realização de pensos as crianças/jovens pré e após cirurgia, de queimaduras ou lesões cutâneas; administração de terapêutica por diferentes vias; administração de sangue e hemoderivados; execução, ensino e treino de variadas técnicas a jovens ou cuidadores pela equipa de enfermagem (com vista a promover a autonomia).

A programação do HDPed decorre da necessidade de continuidade dos cuidados, que advêm do seguimento necessário após o internamento, ou do início de um determinado esquema terapêutico e promoção da adesão e adaptação do jovem/criança e família a este.

Na Carta da Criança Hospitalizada é possível encontrar afirmado o direito que a admissão das crianças ao nível hospitalar só deverá ser mantido quando os cuidados necessários inerentes à sua condição de doença, não possam efetivamente ser prestados em casa, em contexto de consulta externa ou em hospital de dia, onde também se encontra descrito o direito fundamental de que a equipa de saúde deverá estar organizada de modo a garantir a continuidade dos cuidados prestados (IAC, 2009).

Durante o acolhimento ao HDPed criei uma relação empática, mostrando disponibilidade e apoiando emocionalmente estas crianças/jovens e famílias que chegam de uma experiência intensa, disruptiva e que provocou sofrimento. Esta intervenção encontra-se justificada tendo em conta que no decorrer da prática de enfermagem “contactamos muitas vezes com emoções negativas relacionadas com o sofrimento da criança, sendo que é necessário que as consigamos utilizar conscientemente para melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos” (Ribeiro & Calado, 2017, p.1177). E que vai também de encontro ao enunciado por Swanson que refere que:

estar com, estar emocionalmente presente para o outro. É a categoria de cuidado que transmite aos clientes que eles e suas experiências importam para o enfermeiro. (...) Estar com os clientes assegura que a sua realidade é apreciada e que a enfermeira está pronta e disposta a estar presente para eles (Swanson, 1993, p.355).

O ambiente hospitalar é classificado como estranho, stressante e originador de preconceitos negativos nos clientes e sua família assim como se subentende uma necessidade de proteção da criança (Diogo, 2017a).

No decorrer da prestação de cuidados foi possível promover uma prática norteada pela filosofia dos CNT, CCF e da parceria de cuidados, recorrendo constantemente intervenções que integram este quadro referencial.

Os momentos de realização de todos os procedimentos invasivos e dolorosos, com carácter necessário e programado, deverão ser “considerados de uma emocionalidade excessiva e são alvo de uma grande atenção e sensibilidade dos enfermeiros, que implica uma atitude reflexiva sobre a individualização da prática” (Diogo, 2012a, p.113). Assim “a mobilização de afecto na prestação de cuidados é essencial pois esta componente do trabalho emocional e enfermagem assume certamente repercussões importantes no desenvolvimento global da criança” (Diogo

& Baltar, 2014, p.159). De acordo com o supramencionado apresenta-se desta forma a importância de uma intencionalidade na minha intervenção em atenuar a experiência menos positiva ou negativa, tornando-a num momento de menor desconforto e mais positivo. Nos quais mostrei consciência de que as vivências hospitalares provocaram alterações significativas, verificadas a longo prazo e com implicação no desenvolvimento e no crescimento de cada criança/jovem.

Nestes momentos encaminhei o utente pediátrico para a sala de tratamentos onde existem pinturas nas paredes, coloquei vídeos de animação no *smarthphone* e também garanti a presença do brinquedo favorito, implementei estas medidas não farmacológicas durante os procedimentos dolorosos, o que está em concordância com o defendido por Diogo que refere que com o apoio de recursos físicos como pinturas nos tetos, vídeos de desenhos animados ou brinquedos, verifica-se que facilita a promoção de um ambiente seguro e afetuoso, bem como os atos de: acolher, cumprimentar, expressar afeto e/ou gerar ambiente familiar (Diogo, 2017a), e que “desviar o foco de atenção é mais uma estratégia de gestão das emoções reactivas nos bebés, nas crianças (...) recorrendo a aspectos do ambiente como os desenhos nas paredes e tecto, à televisão, a brinquedos ou à música” (Diogo, 2012a, p.144).

Tendo consciência que a minha atuação está de acordo com o defendido por Diogo que refere que tentar estar em sintonia com o mundo infantil, consequentemente tornará a experiência da doença mais positiva e o cliente sentir-se-á mais à vontade na relação com os enfermeiros, colocando as suas dúvidas e ficando mais tranquilo (Diogo, 2017a). E com o que constatou Smith (2012) enunciando que “cuidar de crianças, especialmente quando elas estão a sofrer, é susceptível de envolver uma significativa quantidade de trabalho emocional” (Diogo et al., 2015, p.48). Considera-se que o trabalho emocional desenvolvido pelas equipas de enfermagem e as intervenções por estas adotadas em contextos concretos, possuem resultados terapêuticos significativos, possibilitando a transformação de fenómenos emocionais perturbadores em estados restaurativos e adaptativos, com o fim de promover o bem-estar e contribuir para uma melhor adaptação do cliente à situação (Diogo, 2017).

Além de todas as medidas farmacológicas (protocolo do SUP) e medidas não farmacológicas para o controlo da dor que referi no SUP e foram transversal a este contexto de estágio, neste contexto implementei nos meus cuidados outras medidas que mencionarei de seguida.

Destacam-se as intervenções utilizadas em contexto de estágio: *sucção não-nutritiva*; *amamentação* (em que o bebé é colocado na mama antes, durante e alguns minutos após o procedimento); *distração*; *administração oral de Sacarose a 24%*; *modelação/ensaio comportamental* (proporciona-se a observação de outra pessoa a ser submetida a uma simulação do procedimento em questão e a utilizar estratégias de enfrentamento eficazes, através de vídeo ou da demonstração num boneco); *preparação*; *reforço positivo* (em que antes do procedimento se negoceia a entrega de uma recompensa após o comportamento esperado, recorrendo a elogios verbais e também a pequenos prémios como autocolantes e certificados no final como previamente acordado) (DGS, 2012). A utilização destas medidas descritas está em concordância com as orientações da DGS (2012) que descriminam intervenções sensoriais e cognitivo-comportamentais para controlo da dor durante procedimentos Intervenção. Bem como está em concordância com Diogo que refere que ao recorrer a estas intervenções, os enfermeiros conseguem surtir nas crianças um efeito de minimizar o medo e ansiedade, direcionando a atenção para outro foco, o que permite tranquilizar e implementa confiança, que é fundamental para o desenvolvimento da relação (Diogo, 2012a).

Analisando os dados (gentilmente fornecidos por esta unidade de saúde) conclui-se que o número de adolescentes com doença crónica, que recorrem à consulta externa de Pediatria e HDPed, é bastante significativo, realiza-se o atendimento e o acompanhamento a cerca de 1800 adolescentes por ano. As patologias mais frequentes são: obesidade, asma e diabetes. O que vai de encontro ao que Jin et al. refere como exemplos de doenças crónicas mais prevalentes em Pediatria: a asma, a diabetes *mellitus* tipo 1, a epilepsia e a doença inflamatória intestinal (Jin et al., 2017).

Como referem Roder & Boekearts a asma é uma das doenças crónicas mais usuais, seguida de patologias como a diabetes, a artrite reumatóide, as doenças renais, entre outras. Como aspeto comum a todas regista-se o facto de não serem curáveis, sendo apenas possível tratar algumas consequências da doença e prevenir as deteriorações previstas no quadro da mesma (Roder & Boekearts, 2009).

Tendo em conta esta realidade dos jovens que recorrem a estes serviços (Consulta Externa de Pediatria, HDPed), apresentou-se à equipa de enfermagem, a formação em *power point* sobre “Cuidar do Adolescente com Doença Crónica”

(Apêndice III), com o objetivo de sensibilizar para as intervenções promotoras da adaptação do adolescente à sua doença crónica.

Todas as mudanças ao nível das capacidades sociais, psicológicas e físicas podem afetar o curso e a gestão da doença crónica na adolescência, incluindo a autogestão pelo jovem, deverão ser desenvolvidas estratégias de tratamento e regular supervisão pelos profissionais de saúde (WHO, 2007).

A base da intervenção ao jovem tem início numa entrevista, no decorrer da consulta de enfermagem. Nesta os enfermeiros deverão estar conscientes, das suas finalidades, da sua intenção e das estratégias que deverão utilizar nestes momentos para serem bem-sucedidos. Segundo a OE a entrevista ao adolescente possibilita recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro (OE, 2010). A recolha de informação durante a entrevista permitirá: avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo do adolescente; estabelecer uma relação terapêutica; prevenir problemas; identificar problemas reais (*ibidem*).

Partindo do princípio que cada adolescente tem o direito a ser atendido individualmente, em espaço privado, onde a sua autonomia e individualidade sejam reconhecidas, incentivando assim a estimulação da responsabilidade pela sua própria saúde (*ibidem*).

Consideram-se como elementos favoráveis para a comunicação/relação com o adolescente: acolher de forma cordial e compreensiva, mostrando disponibilidade; assegurar o direito à confidencialidade; assegurar o direito à privacidade; utilizar linguagem simples e realista (evitar utilizar termos técnicos ou calão juvenil); evitar juízos de valor; reforçar competências; se os pais estiverem presentes executar a função de mediador; interpretar a linguagem não-verbal; evitar a realização de registos no momento, escutar o adolescente, promovendo a confiança; evitar interrupções; reforçar comportamentos positivos e a auto-estima (*ibidem*). Nas minhas intervenções tive em consideração os elementos acima enumerados.

Na abordagem e prestação de cuidados ao adolescente com doença crónica, e no sentido de melhorar a adesão ao esquema terapêutico e a OMS define como estratégias fundamentais: fornecer informações apropriadas para o estágio maturacional do adolescente; comunicar as informações de maneira direta, confiando no adolescente; manter os mesmos profissionais ao longo do tempo; ter em consideração os fatores psicológicos subjacentes e os fatores relacionados ao ambiente do adolescente; simplificar o regime terapêutico; adaptar o tratamento ao

processo de individuação e estágio do paciente; adaptar a terapia ao estilo de vida do adolescente; negociar (que inclui pedir propostas); avaliar a adesão regularmente e de maneira não ameaçadora, verificando os efeitos secundários; e sugerir o apoio de irmãos ou colegas (WHO, 2007). Esta abordagem é baseada na tentativa de normalizar da forma mais exequível a vida dos adolescentes com esta condição crónica, tendo como foco aliviar o sentimento de ser diferente e manter as rotinas diárias (McElfresh & Merck, 2014), principalmente nos adolescentes que são dependentes de outros nos cuidados diários ou terapias (*ibidem*), influenciando negativamente a sua independência dos adultos e a sua busca de autonomia.

Através de um estudo da OMS, que analisou um grupo significativo de adolescentes, foi possível ter a perceção das características mais apreciadas pelos adolescentes nos enfermeiros que lhes prestam cuidados. Para estes o enfermeiro deverá: prestar cuidados de forma fundamentada; tratá-lo como pessoa; entendê-lo; dar-lhe opções; não o forçar; encorajá-lo; não o tratar de maneira diferente; usar o sentido de humor (WHO, 2007).

No decorrer do estágio no HDPed e durante a prestação de cuidados aos adolescentes com doença crónica, foi-me possível recorrer a inúmeras das estratégias e intervenções anteriormente divulgadas, possibilitando melhores resultados e ganhos de saúde para estes jovens e famílias. Analisando esta prestação, considera-se que esteve em concordância com a pesquisa bibliográfica feita, compreendendo que esta também permitiu aperfeiçoar ou potenciar pequenos detalhes no decorrer das intervenções.

No decorrer do meu estágio cuidei de um jovem com artrite reumatóide que recorreu ao hospital em consultas e posteriores sessões de HDPed, mantendo uma abordagem multidisciplinar. Para além da sistemática avaliação do seu estado geral, estes agendamentos surgiram pela necessidade de apoio global e cumprimento de terapêutica biológica subcutânea. Eram programadas sessões de execução, ensino, treino assistido, assim como também de esclarecimento, através de fornecimento de conhecimento e capacitação deste e sua família, com vista à promoção da autonomia para cumprimento esquema terapêutico em domicílio.

Considera-se esta abordagem uma intervenção complexa tendo em conta as implicações de todas as alterações inerentes ao adolescente e à sua condição de doença. De acordo Henriques citando Richard et al. (2015) “intervenções complexas” são um conjunto de ações que contêm um conjunto de componentes com um potencial

de interação entre si, que quando aplicadas a um grupo de pessoas, produzem um ou vários resultados, com ganhos em saúde nessas pessoas” (Henriques, 2015, p.1).

Na lógica dos CCF e da parceria de cuidados, foi possível durante o estágio e de modo influenciador, a prática de cuidados, a observação e a promoção de atitudes terapêuticas e intervenções que incluíssem a família ou o cuidador principal, assim como a sua atuação e integração nos mesmos. Fomentei uma relação (enfermeiro-jovem-família) com base na confiança e negociação. O que está de acordo com Reisinho & Gomes que referem uma consciencialização do enfermeiro sobre a função da família no bem-estar do adolescente é um fator determinante na capacidade do adolescente se adaptar à doença crónica (Reisinho & Gomes, 2016). Desta negociação também fez parte a compreensão e intenção de “avaliar as preferências dos pais para participar, para observar, ou para esperar fora da sala” (Brown, 2014, p.1067), presente em todos os momentos da minha prestação de cuidados.

Neste adolescente especificamente tendo em conta o diagnóstico tardio (aos 16 anos), compreendeu-se o seu luto pela perda do estado saudável, foi-lhe garantido tempo e espaço de assimilação à sua nova condição. Após a avaliação da sua maturidade e do seu desenvolvimento cognitivo, e considerando também as suas manifestações de motivação, empenho e vontade de integração nos cuidados, prontamente foi incluído em todo o processo terapêutico. Com esta atuação foi possível atingir a autonomia com sucesso, assegurando a supervisão da família em domicílio, permitindo a promoção de uma boa adaptação à sua doença crónica. A minha intervenção está de acordo com o referido por McElfresh & Merck (2014), Ribeiro & Calado (2017) e Barros (2003) que referem a influência do nível de desenvolvimento cognitivo, da importância do desempenho e da motivação do adolescente, na adaptação dos adolescentes à doença crónica.

Tenho consciência que um diagnóstico inaugural e o seu impacto consistem num momento disruptivo e complicado para o binómio, nesta atuação este período foi respeitado, o que é fomentado por Ribeiro & Calado (2017) que defende uma intervenção de enfermeiros consciencializados que no período seguinte a um diagnóstico de doença crónica o cuidador principal tem necessidade de se readaptar à nova condição de doença e aos cuidados específicos que dela advêm com as suas exigências inerentes, o que leva, a um desgaste físico e emocional dos pais ou cuidadores a uma superproteção à criança doente em detrimento da diminuição da atenção aos restantes elementos da família (Ribeiro & Calado, 2017).

Tendo em consideração o desenvolvimento do jovem recorreu-se à musicoterapia, esta surge como uma técnica de relaxamento não invasiva cativante para diminuir o *stress* (Avers, Mathur & Kamat, 2007; OE, 2013).

Em alguns momentos recorremos ao riso e ao humor como ferramentas para atingir o relaxamento e boas energias, considerando que o humor quanto associado ao prazer e ao bem-estar, estimula expressões como o sorriso e o riso (OE, 2013). Verificando que o humor proporciona alívio da tensão e das preocupações e a sua utilização na prestação dos cuidados tem por finalidade tornar as relações mais próximas e de maior confiança (...) ajuda a desdramatizar situações difíceis (OE, 2013, p.43), e que o riso “é uma forma de desviar a atenção dos estímulos (potencialmente) dolorosos. Estimula a produção de endorfinas e diminui a intensidade dos fenómenos dolorosos e a recetividade do organismo à dor” (*ibidem*), constata-se a importância da inclusão destas ferramentas nos meus cuidados.

Tendo como base o Modelo de Adaptação de Roy foi possível uma maior perceção das situações vivenciadas, ajudando a uma melhor observação dos comportamentos manifestados pelos utentes e auxiliando deste modo a elaboração de intervenções de enfermagem (Coelho & Mendes, 2011). Nesta perspetiva considerando “o centro dos cuidados” - o adolescente, a família e a comunidade é permitido perceber “o centro dos seus cuidados como coextensões com o seu ambiente físico e social, considerando as suas crenças, valores e esperanças” (Coelho & Mendes, 2011, p.848).

2.6. Síntese das competências desenvolvidas

O estágio realizado em diferentes locais teve a finalidade de aquisição e desenvolvimento de competências de EESIP, através da reflexão analítica e crítica das diversas práticas de cuidar. É fundamental ressaltar que os estágios e a execução deste relatório cumprem um papel essencial de formação nas minhas escolhas de desenvolvimento no futuro e atual como EESIP. Cada estágio como uma experiência rica para a aquisição e desenvolvimento de competências, decorrendo gradualmente e através de cada atuação, processo atividade, intervenção que realizei. Entendendo-se a competência como um saber e agir responsáveis, implicando a integração, a mobilidade e a capacidade de transferência de: conhecimentos, recursos e habilidades (Fleury & Fleury, 2001).

Recorrendo à definição de EE emitida no Regulamento e na OE, conclui-se:

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), capítulo II, Artigo 4.º, está claramente descrito a definição de EE:

é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializado na área da sua especialidade (OE, 2015a, p.99).

Na regulamentação existente e no que diz respeito às competências comuns do EE, exige-se que cada enfermeiro especialista detenha competências diferenciadas, que se dividem nos seguintes domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais. Tendo em consideração as minhas práticas descritas no decorrer do relatório considero ter atingido os domínios acima mencionados.

Em concordância com esta regulamentação, no decorrer dos estágios e com intenção de adquirir competência de EE prestei cuidados com base na ética, respeito pelos direitos humanos e de acordo com as responsabilidades profissionais. Em todas as intervenções desenvolvidas implementei cuidados culturalmente sensíveis, e com respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes e obrigatórios ao desempenho da profissão de enfermagem.

No sentido de nortear o desenvolvimento de competências específicas do EESIP foram traçados os seguintes objetivos: - Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença.- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem ao Recém-nascido (RN) com situação de saúde de grande complexidade internada na neonatologia e família;- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família na promoção da adaptação à doença crónica.

Desenvolvi as competências específicas do EESIP que se encontram

estabelecidas no Artigo 4º do Regulamento estas são: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º422/2018, p.1).

Considero que assisti a criança e família, na maximização da sua saúde através do uso de estratégias promotoras para criança e família da sua inclusão nos processos de saúde, através da educação para a saúde em várias áreas, de acordo com as necessidades individuais identificadas e também direcionada para o público-alvo e o seu grau de desenvolvimento cognitivo. Destaco: a promoção da amamentação, a promoção e incentivo à vacinação e cumprimento do nosso PNV, a prevenção de acidentes, a promoção da parentalidade, estilos e hábitos de vida saudáveis (onde se inclui a alimentação, o exercício físico, cuidados de higiene), concebendo momentos de interação com a criança/jovem e família, fomentando a adoção de comportamentos potenciadores da sua saúde (ganhos de saúde) como recomenda a OE (2010).

O EESIP é descrito na regulamentação existente como o enfermeiro que:

trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Regulamento n.º422/2018, 2018, p.1).

Promovi a aquisição de informação e conhecimento, bem como o desenvolvimento de aprendizagens de habilidades especializadas e de foco individual às crianças/jovens e famílias ou cuidadores principais, tornando possível o aperfeiçoamento de competências com vista à gestão dos processos de saúde ou doença, o que está em concordância com o enunciado no RPQCEESCJ (OE, 2011).

Nos contextos da UCIN e no SUP, mobilizei conhecimentos diferenciados para desenvolver a competência de cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade. Prestar cuidados a crianças e jovens com situações de saúde aguda, crítica ou em risco de vida, permitiu-me desenvolver a capacidade de adaptação e ação intencional perante estas situações, desenvolvi e treinei a perspicácia e a tomada de decisão, detetando precocemente as alterações no estado hemodinâmico e funcional e reconhecendo sinais de alarme. Tudo isto só foi possível através da atualização de conhecimento científico e do treino da sua aplicação, seja

uma intervenção preventiva ou interventiva.

Em todos os contextos de estágios e em toda a minha prestação de cuidados foi observável a utilização de intervenções específicas em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança. Procurei executar uma intervenção direcionada e com base numa visão holística sobre cada criança e cada jovem e família, através de um ajustamento desta abordagem tendo em consideração o desenvolvimento e as necessidades do ciclo de vida destas. Esta prestação foi evidente por exemplo: na promoção da parentalidade; na promoção da vinculação; na avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens; na adequação da comunicação; na inclusão das crianças ou jovens no seu processo de saúde, negociação e tomada de decisão dos adolescentes. Medidas que foram espelhadas durante as descrições dos diversos campos de estágio.

Este percurso permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar a minha abordagem à gestão da dor, tornando as minhas intervenções mais completas e diferenciadas. Constatando que fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas, integra uma unidade de competência do EESIP, esta competência foi desenvolvida em todos os contextos. A inclusão de medidas de controlo da dor farmacológicas e não farmacológicas foi transversal a todos os momentos de prestação de cuidados com vista ao maior bem-estar de cada criança ou adolescente.

No critério de avaliação das competências o EESIP deverá capacitar a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação à doença crónica (OE, 2010). Esta intervenção foi mais facilmente observável no estágio no SUP e no HDPed, nos quais implementei e promovi cuidados individualizados fundamentados por evidência científica atual. Realizei formação aos colegas, com a finalidade de melhorar a sua prática diária e fornecer-lhes conhecimento adequado, que vá de encontro aos cuidados específicos ao adolescente com doença crónica para promoção da sua adaptação e melhoria da qualidade de vida.

Considerando as definições do EE e EESIP constata-se a obrigação de ser detentor de conhecimento farmacológico diferenciado, que exprima uma administração terapêutica segura, em todos os contextos de cuidados de enfermagem, mas mais explícita nas situações de especial complexidade. Tornou-se mais evidente a necessidade desta competência nos enfermeiros, durante o assumir

da sua função nos seguintes locais: na UCIN, na Triagem, na UCIP e no SO, considero que as intervenções que desenvolvi nestes locais permitiram melhorar esta capacidade e desenvolver esta competência.

A parceria de cuidados com a família e os CCF passaram a ser uma constante na minha prestação de cuidados, permitindo-me fomentar a presença destes, promover o seu empoderamento e a sua capacitação, compreendo a sua liberdade de escolha e o seu *timing* para atingir resultados. O envolvimento destes também se tornou recorrente, dando-lhes liberdade na escolha de participação ou não, nos momentos de prestação de cuidados.

No decorrer das consultas de saúde infantil, UCIN ou no SUP foi possível partilhar conhecimento sobre os cuidados antecipatórios, possibilitando a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil e promovendo assim a parentalidade. A minha intervenção, partilhando conhecimentos e mobilizando recursos, permitiu diagnosticar precocemente e atuar nas doenças comuns, implementando respostas de enfermagem que se adequem a estas necessidades características, diminuindo o efeito na qualidade de vida da criança/jovem e família.

Considero ter atingido de forma eficaz os objetivos a que me propus. Para além da prestação de cuidados diferenciados nos diversos contextos, também a transmissão de conhecimento e aquisição de competências poderão decorrer das experiências e partilhas de conhecimento com enfermeiros peritos, especialistas ou doutorados, considerando desta forma que todos os momentos de partilha e debate com: as equipas, as enfermeiras responsáveis pela minha orientação, a docente orientadora, as docentes responsáveis pelas diferentes unidades curriculares e a minha equipa de trabalho promoveram e impulsionaram o desenvolvimento e aquisição de competências, necessárias para atingir com sucesso a classificação de EESIP, o que está em concordância com o explicado por Alarcão & Rua (2005). Assim como a elaboração de pesquisas, trabalhos e a realização de formação contribuíram para a solidificação e desenvolvimento de competências. O percorrer deste percurso de forma estruturada, intencional e empenhada permitiu-me adquirir e desenvolver competências em variados domínios.

CAPÍTULO III: CONSIDERAÇÕES FINAIS

3. Conclusão

A elaboração do presente relatório permite a exposição do meu percurso formativo, no decorrer da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi possível através da pesquisa bibliográfica realizada e da mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Infantil e Pediátrica. Tornou-se evidente o contributo de cada Unidade Curricular através dos distintos conteúdos teóricos e teórico-práticos por mim assimilados. Sendo fundamental ressaltar que a execução deste relatório cumpre um papel essencial na formação. Estimulando a uma análise sobre os cuidados especializados à criança, ao jovem e família. Por outro lado a execução deste processo de formação do EESIP assume uma importante posição em adquirir conhecimentos, específicos dos domínios de cada competência regulamentada, implementando uma ação e intervenção competente na sua prestação de cuidados, estando sensibilizado para os processos de saúde e doença da pessoa que cuida.

Verifico a importância que cada experiência do cuidar representou, no sentido em que qualquer uma se tornou num veículo promotor de: uma aquisição intencional de conhecimento (recorrendo a bases científicas ou literatura); uma reflexão crítica sobre os cuidados prestados; e uma avaliação dos resultados observados. Mostrando-se significativamente enriquecedoras e permitindo desenvolver a minha análise e o meu juízo crítico. Através desta articulação entre as experiências nos contextos e a evidência científica mais atual, tornou-se possível desenvolver competências de enfermagem a um nível avançado, como é espetável de um EE. O que está de acordo com o referido por Alarcão & Rua (2005) em que “a competência profissional resulta de um conjunto de micro-interações: -com o próprio (interação pessoal); -com os outros (interação interpessoal); -com os saberes na sua relação de interactividade (interação interdisciplinar)”(Alarcão & Rua, 2005, p.16). Estes autores também consideram os estágios relevantes para o processo de formação e tem um objetivo de possibilitar o desenvolvimento de capacidades e competências (Alarcão & Rua, 2005).

A formação de EESIP permitiu-me uma aplicação sólida e eficaz de estratégias, planos de cuidados e intervenções direcionados a cuidados diferenciados, assim como tornaram-se focados nas necessidades das crianças, jovens e famílias com

situações de doença ou saúde que requerem uma atenção especializada. Como futura EESIP é fulcral prestar cuidados a crianças/jovens e família, considerando os diferentes estádios de desenvolvimento, o ambiente social e cultural envolvente e a complexidade das suas necessidades.

A arte do cuidar em Pediatria implica integrar a criança independentemente da sua condição de saúde ou doença e família nos cuidados, com uma intencionalidade de parceria de cuidados, CCF e CNT, sendo de extrema importância a formação de EESIP para garantir este nível de primazia de cuidados.

Tendo em consideração que o meu foco de especial atenção, “*O Cuidado de Enfermagem Promotor da Adaptação do Adolescente à Doença Crónica*”, compreendi a sua real importância através da implementação de estratégias específicas e que permitiram atingir o melhor resultado possível e os ganhos de saúde desejados. Auxiliando-me como futura EESIP a ter uma intervenção de um nível avançado e de elevada eficácia.

Os enfermeiros para além de abordarem os aspetos relativos à doença deverão também desenvolver competências para lidar com a adolescência e todas as problemáticas inerentes a esta, pois apesar da sua doença o adolescente não deixa de o ser, e tem de ser entendido como tal (Figueiredo et al., 2015). A doença crónica confronta o adolescente com inúmeras ameaças e recorrentes desafios. Precisam de ser desenvolvidas estratégias, a fim preservar o equilíbrio emocional, uma autoimagem satisfatória e um senso de competência e maestria (Wagner et al., 2016). Considero que, o cuidador tem um papel fundamental, na supervisão no contexto domiciliário e escolar, assim como na promoção da autonomia e reforço da decisão responsável do jovem.

Todo este caminho foi essencial para a mudança estruturada dos cuidados de enfermagem por mim prestados, assim como nas minhas decisões ao gerir recursos. A análise crítica de forma estruturada e ao longo do relatório proporcionou-me ter uma visão macro, do meu processo formativo, académico e as implicações deste na minha vida profissional.

Considero que o EE tem um papel fundamental em todo o processo de cuidar, na sua manutenção e continuidade. Pelas características de deve apresentar o EESIP tem o dever de ser o elo de ligação nos diversos locais de prestação de cuidados, mobilizando os recursos, potenciando a capacidade dos cuidadores e das crianças/jovens de lidar com o seu processo de doença ou saúde. Com o intuito

intrínseco e recorrente de capacitação e empoderamento, fundamentais no seu método diferenciado de cuidar. Apresentando como seu maior objetivo a garantia dos ganhos de saúde e a potenciação do bem-estar.

Para concluir gostaria de referir que este percurso, bem como o seu inerente processo dinâmico e exigente me permitiram mudar o meu grau de compreensão sobre a Enfermagem e mais especificamente sobre a Pediatria. Provocou em mim sensações de realização e evolução pessoal e profissional. Proporcionou uma real importância do conhecimento e consciencialização das teorias de enfermagem, tornando-se estas norteadoras da minha intervenção e com ganhos observáveis nos resultados obtidos pela criança/jovem e família.

A minha abordagem perante as situações mudou e ganhou significados diferentes e estruturados. A visão holística da criança/jovem, bem como o trabalho emocional desenvolvido através da prática, interferiram de forma regular na minha prestação de cuidados. A minha postura perante as pessoas que cuido e modo como as entendo e me relaciono com elas alterou-se substancialmente. Considero que a potenciação das minhas capacidades e a disponibilidade física e emocional que demonstro às crianças/jovens e famílias que cuido com as suas diversas situações de saúde ou doença, espelham uma prestação de cuidados diferenciada, com um grau de tomada de decisões eficaz, consciente e responsável, tudo isto constatável pelos resultados observados no decorrer das minhas intervenções. Observado também através do reconhecimento dos utentes e famílias, da minha equipa e das chefias responsáveis.

Por tudo isto considero que o frequentar do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foi um acontecimento determinante no meu processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, melhorando competências nos diferentes níveis: Saber-Saber, Saber-Fazer, Saber-Ser/Saber-Estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). *O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?* *Adolescência & Saúde*. 9 (3), 1-28.
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto-Enfermagem*. 14(3). 373-382.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. Disponível em: 18/12/2017. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- Askin, D. F. & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e família. In: Hockenberry M. & Wilson D. *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 332-402. Brooklin: Elsevier.
- Avers, L., Mathur, A., & Kamat, D. (2007). Music Therapy in Pediatrics. *Clinical Pediatrics*, 46 (7), 575-579. DOI: 10.1177/0009922806294846
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, lda.
- Brazelton, T. B. (1998). *O grande livro da criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos (13ª ed.)*. Lisboa: Editorial Presença.

- Brett, J., Staniszevska, S., Newburn, M., Jones & N., Taylor, L. (2011). A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*. 1-11. DOI:10.1136/bmjopen-2010-000023.
- Brito, I. (2011). Ansiedade e depressão na adolescência. *Revista Portuguesa Clínica Geral*.(27). 208-214.
- Canha J. & Portinha I. (2015). O adolescente e a doença crónica: a propósito de um caso de adolescente com Síndrome de Klippel-Trenaunay. *Nascer e Crescer*, 24 (3), 129-132.
- Cardoso, A., Silva, P. A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*.7 (4).11-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6). 1058-1062.
- Casey, A. (2011). Assessing and planning care in partnership. In Glasper, A. & Richardson, J. (Eds.) *A textbook of Children and Young People's nursing*. (pp.87-99). Edimburgo: Elsevier.
- Chik, N. & Meleis A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In: Chinn P.L. *Nursing research methodology*. Aspen: Mafryland.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN*. 37, 666-691. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x
- Coelho, S. M. S. & Mendes, I. M. D. M. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc Anna Nery*. 15 (4). 845-850.

- Cossey, V., Johansson A.B., Halleux ,V. & Vanhole,C.(2015). *The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit position statement*. 302-306. DOI:10.1089/bfm.2011.0112.
- Coughlin, M.E. (2014). *Transformative nursing in the NICU*. New York: Springer Puglishig Company.
- Coutinho, E. C. & Azevedo, I. C. S. C. (2015). *O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®*. *Millenium*. 49(jun/dez).153-171.
- Coyne, I., Amory, A. & Kierman, G. & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Nursing*. 273-280. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24629505>.
- Cruz, T.J. (2007). Adolescente, família e o profissional de saúde, *Adolescência & Saúde*, 4(3). Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v4n3a09.pdf>
- Despacho nº 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, *Diário da República*, II Série, (nº 422 de 12-07-2018) 19192-19194.
- Despacho-Conjunto nº 138/1998 (1998), *Diário da República*, II Série (nº 138 de 18-06-1998), 8328.
- Despacho-Conjunto nº 235/1999 (1999), *Diário da República*. II Série, (nº 235 de 08-10-1999), 15015.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia- Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP* ,4, 2-9.

- Diogo, P. (2012a). *Trabalho emocional com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Diogo, P. & Baltar, P. (2014). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante – O trabalho emocional em enfermagem. E-book – IV Congresso Internacional ASPESM. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paula_Diogo/publication/261249731_Determinantes_afetivos_de_cuidar_a_crianca_hospitalizada_sem_acompanhante_o_trabalho_emocional_em_enfermagem_Affective_determinants_of_caring_for_the_hospitalized_child_unaccompanied_the_emotional_lab/links/00b7d533d3564988c2000000/Determinantes-afetivos-de-cuidar-a-crianca-hospitalizada-sem-acompanhante-o-trabalho-emocional-em-enfermagem-Affective-determinants-of-caring-for-the-hospitalized-child-unaccompanied-the-emotional-l.pdf?origin=publication_detail
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16 (2), 62-71. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo4_62-71\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo4_62-71(1).pdf)
- Diogo, P., Sousa, O. L., Rodrigues, J., Caeiro, M. J. & Fonseca, R. (2016). Diagnósticos de enfermagem relacionados com as respostas emocionais dos cuidadores e familiares da criança hospitalizada. *Investigação Qualitativa Em Saúde*. 2. 513-223.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos Medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13 (6), 43 - 51.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*. 20 (2). Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf

- Diogo, P. (2017a). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: proposta de um Modelo orientador da prática. *Working Paper*, 1-16. DOI: 10.13140/RG.2.2.36481.97125.
- Diogo, P. (2017). Relação terapêutica e emoções: Envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30.
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientação nº 014/2010 de 14 de Dezembro: Orientação técnica sobre a avaliação da dor na criança. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2012). Circular normativa nº 022/2012 de 18 de Dezembro: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor/normas-e-orientacoes.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). Circular normativa nº09/2003 de 14 de Junho: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa. Disponível em: http://www.apeddor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF
- Direção Geral da Saúde (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S., Santos M. M. O. & Carneiro C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. (6) 105-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14041>

- Gephart, S. M. & Weller, M. (2014). Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health, *advances in neonatal care*. 14(1), 44-51. DOI:10.1097/ANC.0000000000000052
- Global Initiative For Asthma (2018). Global strategy for asthma management and prevention. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>
- Hamelmann, E & Szeffler, S. J. (2018). Efficacy and safety of tiotropium in children and adolescents, *drugs* (78). 327–338, DOI: <https://doi.org/10.1007/s40265-018-0862-1>
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343. DOI: 10.1016/j.pedn.2009.01.006.
- Hockenberry, M.(2014). Influência da família na promoção da saúde da criança. In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 49-70.Brooklin: ELSEVIER.
- Hockenberry M. & Barrera P.(2014). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 1-18..Brooklin: ELSEVIER.
- Im, E. (2010). Afaf Ibrahim Meleis – Transition Teory. In: Alligoog, M. R. & Tomey, A. M. *Nursing theorists and their work*. 6º edição. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Instituto de apoio à criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf
- Janse, M. F., Santos, M. R. & Favero, L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 31 (2).

- Jin M., An Q. & Wang L. (2017). Chronic conditions in adolescents (Review). *Experimental and therapeutic medicine*. (14).478-482. DOI:10.3892/etm.2017.4526.
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. DOI: 10.1177/089431848800100408.
- Lima, V. F., Mazza, V. A., Mór, L. M. & Pinto, M. N. G. R. (2017). Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1026. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1026.pdf
- Maas, T. & Zagonel, I (2005). Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, 10 (2), 68-75.
- Macedo, M. M. K. (2010). *Adolescência e Psicanálise*. Porto Alegre:Edipucrs.
- Machado, M. V. P. & Zagonel, I. P. S. (2003). O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. *Cogitare Enfermagem*, 8 (2), 26-33. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/1691/1399>
- McElfresh, P. B., Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situação de Doença Crónica ou Incapacidade. In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 897-926. Brooklin: ELSEVIER.
- Mcevoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice: A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. 8. 412-419. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18362085>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (5ª edição). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. I. (2015). In: Smith, M. C. & Parker, M. E. *Nursing Theories and Nursing Practice* (4ª Edição). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 1, 12-28.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 6, 113-121.
- Ministério da Saúde (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de Saúde Primários*. Alto Comissariado da Saúde, Portugal.
- Monteiro, A.K.C., Costa, P. V. C., Campos, M.O. B. & Monteiro, A.K.C. (2016). Aplicabilidade da Teoria de Calista Roy no cuidado de enfermagem ao estomizado. *Revista de Enfermagem Atenção Saúde*. 5(1). 84-92.
- Naga, B. S. H. B. & Al-Atiyyat N. M. H. (2014). The relationship between pain experience and Roy Adaptation Model: Application of theoretical Framework. *Middle East Journal Of Nursing*. 8 (1), 18-23.
- Oliveira T. C., Lopes M. V. O. & Araújo T. L. (2006). Modo fisiológico do modelo de adaptação de sister callista roy: análise reflexiva segundo Meleis. Online *Brazilian Journal of Nursing*. 5 (1). 116-127. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3614/361454001015.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Número 3. Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Número 6. Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Número 8. Série I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em : https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, nº113, 19192 – 19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº26, 4744 – 4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: Canadá.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal*. Loures: Lusociência.
- Pais, S. C. & Menezes I. (2010). A experiência de vida de crianças e jovens com doença crónica e suas famílias - O papel das associações de apoio no seu empoderamento. *Educação, Sociedade & Culturas*, (30), 131-144.
- Pedrosa, A., Canavarro, M. C., Oliveira, C. M., Ramos, M. M., & Monteiro, S. O. (2005). *Prematuridade e transição para a parentalidade: Comparação da percepção de stress e impacto emocional em mães e pais de bebés prematuros*. *Iberpsicología*, 10, 2.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.
- Phillips, K. D., (2004). Irmã Callista Roy: Modelo de Adaptação. In: Tomey, A. M. & Alligod, M. R.. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (5ª ed.). 301-334. Loures: Lusociência.
- Prazeres, V. (1998) *Saúde dos adolescentes – princípios orientadores*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Rebelo, M. Z. S., Chaves, E. M. C., Cardoso, M. V. L. M. L. & Sherlock, M. S. M. (2007). Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 333-337. http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República, II Série*, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/119236195/details/normal?l=1>.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, aprovado pela Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República II série*, N.º119 (22-06-2015) 16660–16665. Disponível em: https://dre.pt/pesquisa//search/67552235/details/maximized?print_preview=print-preview&perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA%2010%2F97%2Fen/en.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Reisinho, M. C. M. S. R. O. & Gomes, B. P. (2016). Intervenções de enfermagem no monitoramento de adolescentes com fibrose cística: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. DOI: 10.1590/1518-8345.1396.2845
- Ribeiro, S. E. & Calado, G. (2017). Necessidades em cuidados de enfermagem às famílias de crianças com doenças crónicas. *RIASE*,3 (3), 1166-1179.
- Roder, I. & Boekearts, M. (2009). Stress, coping, and adjustment in children with a chronic disease: a review of the literature. 311-337. DOI: <https://doi.org/10.1080/096382899297576>.

- Saewyc, E. M. (2014). Promoção da saúde do adolescente e família. In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 784-820. Brooklin: ELSEVIER.
- Saini, N., Sharma, V., Arora, S. & Khan, F. (2017). Roy's Adaptation Model: Effect of care on pediatric patients. *International Journal of Nursing & Midwifery Research*.4(1): 52-60. DOI: <https://doi.org/10.24321/2455.9318.201708>
- Santos, S., Santos, E., Ferrão, A. & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer e Crescer*. 20 (1). Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/702/1/v20n1a03.pdf>
- Santos, E. J .F., Marcelino, L. M. M. M. S., Abrantes, L. C. B., Marques, C. F. F., Correia, R. M. L., Coutinho, E. C.& Azevedo, I. C. S. C. (2015). O cuidado humano transicional como foco da enfermagem: contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE®. *Millenium*. 49(jun/dez).153-171.
- Santos, T., Matos, M. G., Marques, A., Simões, C., Leal, I. & Machado, M.C. (2016). Adolescent's subjective perceptions of chronic disease and related psychosocial factors: highlights from an outpatient context study. *BMC Pediatrics*. 16 (211). DOI: 10.1186/s12887-016-0748-x
- Santos, S., Santos E. & Lacerda, A. (2018). Dor crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*. (49).167-177.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. L. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>
- Senesac, P. & Roy, C. (2015). In: Sister Callista Roy's Adaptation Model. Smith, M. C. & Parker, M. E. *Nursing Theories and Nursing Practice*. (4º ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Acta Pediátrica Médica*. 4(36), 223-224. DOI: <https://doi.org/10.25754/pjp.2005.4884>
- Stang, J. & Bruening, M. (2014). Problemas de comportamento na adolescência. In: Hockenberry M. & Wilson D. *Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª ed.). 855-890. Brooklin: Elsevier.
- Swanson, K. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *IMAGE, Journal of Nursing Scholarship*, Vol.25, (4), Winter, 1993, pp 352-357. Disponível em: www.mc.vanderbilt.edu/.../KS_Nursing%20as%20.
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 41-50.
- Wagner, G., Zeiler, M., Grylli, V., Berger, G., Huber, W. D., Woeber, C., Rhind, C. & Karwautz, A., (2016). Celiac disease in adolescence: Coping strategies and personality factors affecting compliance with gluten-free diet. *Appetite*. (101) 55-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.155>
- Wong, D. L. (1999). *Whaley & Wong -Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à Intervenção efetiva*. (5ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 466-504.
- World Health Organization (2007). *The adolescent with a chronic condition epidemiology, developmental issues and health care provision*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43775/9789241595704_eng.pdf;jsessionid=580F7CBF2D093344E89058CEBADEF7A0?sequence=1

World Health Organization (2011). *Adolescent health*. Geneva:Switzerland Author.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem.
Revista latino-americana enfermagem, 7 (3), 25-32.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Cronograma

CRONOGRAMA

Ano Letivo	2018/2019																						
Meses	Set.	Outubro					Novembro					Dezembro			Janeiro				Fevereiro				
Dias	24 28	1 4	8 12	15 19	21 26	29 2	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	11 15		3 6	8 12	15 19	22 26	3 6	11 15	18 22	25 1	
A													Férias Natal										
B																							
C																							
D																							
E																							

Legenda:

- A- Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- B- Cuidados de Saúde Primários Unidade de Saúde Familiar
- C- Centro de Medicina Física e Reabilitação - Consulta de Desenvolvimento Infantil
- D- Urgência Pediátrica
- E- Hospital de Dia de Pediatria

APÊNDICE II: Quadros de Atividades Referentes a cada Local de Estágio

Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos Humanos e Materiais
1.Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem ao RN com situação de saúde de grande complexidade internada na neonatologia e família.	<p>1.1. Conhecer a estrutura física e adinâmica funcional do serviço de neonatologia do Hospital Profº Dr. Fernando da Fonseca;</p> <p>1.2. Conhecer o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>1.3. Aprofundar conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem ao RN internado no serviço de neonatologia e família;</p>	<p>- Observação da estrutura física do serviço;</p> <p>-Observação da organização e dinâmica funcional do serviço;</p> <p>- Leitura de documentação existente no serviço que descreva e fundamente o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>-Observação das práticas de enfermagem;</p> <p>-Discussão e análise do/s quadro/s de referência com o enfermeiro orientador;</p> <p>-Leitura de bibliografia de referência relacionada com Neonatologia;</p> <p>-Leitura das Guidelines para a prestação de cuidados de enfermagem ao RN de risco;</p>	<p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados CINAHL e MEDLINE;</p> <p>Fontes bibliográficas de referência.</p>

	<p>1.4. Prestar cuidados de enfermagem que assistam ao RN criança internada na neonatologia, e família;</p> <p>1.5. Estabelecer com a família uma relação terapêutica;</p> <p>1.6. Promove a vinculação do RN;</p> <p>1.7. Desenvolver a competências de análise das situações de prestação de cuidados e o raciocínio crítico;</p>	<p>-Pesquisa e leitura de evidência científica atualizada relacionada com a prestação de cuidados de enfermagem ao RN de risco e família;</p> <p>-Leitura de bibliografia de referência relacionada com comunicação com família da criança em situação de saúde de grande complexidade;</p> <p>-Observação da prestação de cuidados ao RN e família;</p> <p>-Identificação dos sinais de alteração do estado de saúde do RN, como alteração dos parâmetros dos sinais vitais ou os padrões funcionais de saúde;</p> <p>-Planeamento de cuidados enfermagem que respondam aos problemas identificados;</p> <p>-Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem executadas;</p> <p>-Escuta ativa da família;</p> <p>-Comunicação baseada no respeito pelas crenças e cultura da família;</p> <p>-Promoção o comportamento participativo dos pais enaltecendo as competências do RN;</p>	
--	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none">-Promoção da esperança realista junto dos pais e outros familiares;-Utilização de estratégias para promover o contacto físico pais/RN;-Promoção da amamentação;-Negociação com os pais o seu envolvimento na prestação de cuidados ao RN.	
--	--	--	--

Cuidados de Saúde Primários - Unidade de Saúde Familiar			
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos Humanos e Materiais
1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença.	<p>1.1. Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional da Unidade de Saúde Familiar da Ramada;</p> <p>1.2. Conhecer o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>1.3. Aprofundar conhecimentos sobre o cuidado de enfermagem no primeiro nível de prevenção;</p>	<p>-Observação da estrutura física da Unidade de Saúde Familiar;</p> <p>-Observação e análise da organização e dinâmica funcional da Unidade de Saúde Familiar;</p> <p>-Leitura e análise detalhada de documentação existente no serviço que descreva e fundamente o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>-Observação das práticas de enfermagem;</p> <p>-Discussão e análise do/s quadro/s de referência com o enfermeiro orientador;</p> <p>-Apresentação do projeto;</p> <p>-Observação e colaboração nas consultas de enfermagem à criança e jovem: apreciação da</p>	<p>Enfermeiro Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados CINAHL e MEDLINE;</p> <p>Fontes bibliográficas de referência.</p>

	<p>1.4. Prestar cuidados de enfermagem que assistam a criança, o jovem e família em situação de saúde ou doença nos três níveis de prevenção;</p> <p>1.5. Desenvolver práticas de cuidados de acordo com os cuidados centrados na família, à criança, ao jovem e família em todo o processo de cuidar;</p> <p>1.6. Estabelecer com a família uma relação terapêutica;</p> <p>1.7. Desenvolver a competências de análise das situações de prestação de cuidados e o raciocínio crítico.</p>	<p>criança, avaliação do desenvolvimento infantil, administração de vacinas de acordo com PNV e educação para a saúde – cuidados antecipatórios;</p> <p>-Observação e aplicação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos;</p> <p>-Observação e aplicação de estratégias que visam a maximização de saúde;</p> <p>-Prestação de cuidados centrados na família;</p> <p>-Estabelecimento de uma relação terapêutica;</p> <p>- Escuta ativa da família;</p> <p>-Observação de estratégias de Educação e Promoção de saúde da criança e família;</p> <p>-Observação da negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar e das estratégias promotoras da mesma;</p> <p>-Participar no planeamento de uma intervenção a um jovem e sua família;</p> <p>-Elaboração de um vídeo sensibilizador direcionado aos jovens para o não consumo de álcool e tabaco;</p> <p>-Transmissão do vídeo “Sensibilização dos Adolescentes sobre o consumo de álcool e tabaco”; na sala de espera da USF.</p>	
--	--	--	--

Centro de Medicina Física e Reabilitação – Consulta de Desenvolvimento

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos Humanos e Materiais
1.Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença.	<p>1.1.Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional do Serviço de Internamento;</p> <p>1.2. Conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional da Consulta de Desenvolvimento Infantil;</p> <p>1.3. Conhecer o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem na Consulta de</p>	<p>-Observação da estrutura física do Serviço de Internamento;</p> <p>-Observação e análise da organização e dinâmica funcional do Serviço de Internamento;</p> <p>-Observação da estrutura física da Consulta de Desenvolvimento Infantil;</p> <p>-Observação e análise da organização e dinâmica funcional da Consulta de Desenvolvimento Infantil;</p> <p>-Leitura e análise detalhada de documentação existente no serviço que descreva e fundamente o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>-Observação das práticas de enfermagem;</p>	<p>Enfermeiro Especialista Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados CINAHL e MEDLINE;</p> <p>Fontes bibliográficas de referência.</p>

	<p>Desenvolvimento Infantil;</p> <p>1.4. Conhecer o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem no Serviço de Internamento;</p> <p>1.5. Apresentação do projeto;</p> <p>1.6. Prestar cuidados de enfermagem que assistam a criança, o jovem e família em situação de doença;</p>	<p>-Discussão e análise do/s quadro/s de referência com o enfermeiro orientador;</p> <p>-Leitura e análise detalhada de documentação existente no serviço que descreva e fundamente o/s quadro/s de referência subjacentes à organização e à prestação de cuidados adotados pela equipa de enfermagem;</p> <p>-Observação das práticas de enfermagem;</p> <p>-Discussão e análise do/s quadro/s de referência com o enfermeiro orientador;</p> <p>-Reunião com a enfermeira orientadora de modo a promover cuidados de acordo com as competências a desenvolver;</p> <p>-Prestação de cuidados centrados na família;</p> <p>-Observação e aplicação de estratégias que visam a maximização de saúde;</p> <p>-Observação e aplicação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos;</p>	
--	--	---	--

	<p>1.7. Desenvolver práticas de cuidados de acordo com os cuidados centrados na família, à criança, ao jovem e família em todo o processo de cuidar;</p> <p>1.8. Estabelecer uma relação terapêutica com as famílias;</p> <p>1.9. Desenvolver a competências de análise das situações de prestação de cuidados e o raciocínio crítico.</p>	<p>- Escuta ativa da família;</p> <p>- Observação de estratégias de promoção da autonomia e autocuidado;</p> <p>- Observação da negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar e das estratégias promotoras da mesma;</p> <p>- Negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar,</p>	
--	--	--	--

Serviço de Urgência Pediátrica

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos Humanos e Materiais
1. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença;	1.1. Prestar cuidados de enfermagem que assistam a criança, o jovem e família em situação de saúde ou doença nos três níveis de prevenção;	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentação do projeto; -Observação de estratégias de atuação com enfoque nos cuidados não traumáticos e centrados na família; -Observação das estratégias de maximização de saúde; -Prestação de cuidados centrados na família; -Estabelecimento de uma relação terapêutica; - Escuta ativa da família; -Prestar cuidados de enfermagem à criança e jovem em situação de doença aguda; -Prestar cuidados de enfermagem à criança e jovem, família em situação de saúde de grande complexidade; -Observar a Triagem de Manchester; -Negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar; 	<p>Enfermeiro Especialista Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados e Centro de documentação da ESEL;</p> <p>Bibliografia de Referência; Evidência Científica mais recente.</p>

	1.2. Desenvolver práticas de cuidados de acordo com os cuidados centrados na família, à criança, ao jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à autonomia;	<ul style="list-style-type: none"> -Prestação de cuidados centrados na família; -Estabelecimento de uma relação terapêutica; - Escuta ativa da família; -Prestar cuidados de enfermagem à criança e jovem em situação de saúde de grande complexidade; -Realizar promoção de saúde; -Realizar ensinios de capacitação dos pais (prevenção de acidentes, administração de terapêutica). 	
2. Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família na promoção da adaptação à doença crónica;	2.1. Desenvolver práticas de cuidados que possibilitem a promoção da adaptação dos adolescentes à doença crónica;	<ul style="list-style-type: none"> -Aprofundar a pesquisa sobre: o adolescente com doença crónica; o impacto da doença crónica; e promoção da adaptação dos adolescentes à doença crónica; -Prestação de cuidados centrados na família; -Estabelecer de uma relação terapêutica; -Incluir o jovem no processo de cuidados, permitindo-lhe desempenhar um papel e um função, na gestão da sua condição; -Providenciar que o jovem faça parte das decisões sobre a sua doença crónica e tratamento. 	<p>Enfermeiro Especialista Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados e Centro de documentação da ESEL;</p> <p>Bibliografia de Referência; Evidência Científica mais recente.</p>

	<p>2.2. Desenvolver práticas de cuidados que capacitem o jovem e família para a adoção de estratégias de adaptação à doença crónica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender a perceção do adolescente sobre a sua doença e providenciar-lhe a restante informação; - Providenciar uma comunicação eficaz e empática de modo a permitir uma abertura para que o jovem possa transmitir as suas expectativas e necessidades; - Criar um momento de formação para os enfermeiros com uma apresentação em <i>power point</i> do tema: “Cuidar do adolescente com doença crónica”. 	
--	--	---	--

Hospital de Dia de Pediatria

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos Humanos e Materiais
<p>1.Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situação de saúde ou doença;</p>	<p>1.1. Prestar cuidados de enfermagem que assistam a criança, o jovem e família em situação de saúde ou doença nos três níveis de prevenção;</p> <p>1.2. Desenvolver práticas de cuidados de acordo com os cuidados centrados na família, à criança, ao jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à autonomia;</p>	<p>-Apresentação do projeto;</p> <p>-Compreender a percepção do adolescente sobre a sua doença e providenciar-lhe a restante informação;</p> <p>- Providenciar uma comunicação eficaz e empática de modo a permitir uma abertura para que o jovem possa transmitir as suas expectativas e necessidades;</p> <p>-Negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar;</p> <p>-Estabelecer momentos que estimulem a tomada de decisão responsável.</p>	<p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Orientador;</p> <p>Normas e Protocolos dos serviços;</p> <p>Bases de dados e Centro de documentação da ESEL;</p> <p>Bibliografia de Referência;</p> <p>Evidência Científica mais recente.</p>

<p>2.Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família na promoção da adaptação à doença crónica;</p>	<p>2.1. Desenvolver práticas de cuidados que capacitem o jovem e família para a adoção de estratégias que promovam a adaptação à doença crónica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prestação de cuidados centrados na família; -Estabelecimento de uma relação terapêutica; -Incluir o jovem no processo de cuidados, permitindo-lhe desempenhar um papel e em função, na gestão da sua condição; -Estabelecer momentos que estimulem a tomada de decisão responsável; -Providenciar a integração do jovem nas decisões sobre a sua doença crónica e respetivo tratamento. 	<p>Enfermeiro Especialista Orientador;</p> <p>Bases de dados e Centro de documentação da ESEL;</p> <p>Bibliografia de Referência; Evidência Científica mais recente.</p>
	<p>2.2. Desenvolver práticas de cuidados que capacitem o jovem e família para a adoção de estratégias de adaptação à doença crónica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Compreender a perceção do adolescente sobre a sua doença e providenciar-lhe a restante informação; -Efetuar uma comunicação eficaz e empática de modo a permitir uma abertura para que o jovem possa transmitir as suas expectativas e necessidades; -Negociação da participação da criança/jovem e família no processo de cuidar; -Providenciar reuniões de grupos de adolescentes ou contacto de adolescentes com patologias semelhantes, que lhes permitam sentirem-se 	<p>Enfermeiro Especialista Orientador;</p> <p>Bases de dados e Centro de documentação da ESEL;</p> <p>Bibliografia de Referência; Evidência Científica mais recente.</p>

		<p>apoiados e lhes traga um sentido de normalização;</p> <p>-Estabelecer momentos que estimulem a tomada de decisão responsável;</p> <p>-Sensibilização dos enfermeiros para a importância de implementar práticas de cuidados que visem a promoção da adaptação dos adolescentes à doença crónica;</p> <p>-Criar um momento de formação para os enfermeiros com uma apresentação em <i>power point</i> do tema: “Cuidar do adolescente com doença crónica”.</p>	
--	--	--	--

APÊNDICE III: Vídeo - “Sensibilização dos Adolescentes para o não o consumo de álcool e tabaco”

Tendo em consideração esta realidade e o foco de atenção na adolescência, foi realizado um vídeo com o objetivo de alertar esta população para o não consumo de álcool e tabaco incidindo sobre a sua gravidade e consequências destes consumos.

O vídeo tem como título “Sensibilização dos Adolescentes para o não o consumo de álcool e tabaco”.

Este vídeo ficou a passar no videowall que está na sala de espera da USF e vai passando em alternância onde passam outros vídeos direcionados com promoção de saúde Vídeo - “Sensibilização dos Adolescentes para o não o consumo de álcool e tabaco”.

O vídeo está disponível para download em:

https://drive.google.com/file/d/11C58OonL6Agl_9KkLMWjp1Uzq7sdOrvf/view?usp=s_haring

ou no link do youtube:

<https://youtu.be/6IPKUgq9vh0>

APÊNDICE IV: Apresentação - “Cuidar do Adolescente com Doença Crónica”

CUIDAR DO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÓNICA

Docente Orientador: Maria Filomena Sousa
Enfermeira Orientadora: Érica Carmo
Discente: Patrícia dos Santos

SUMÁRIO

- ✖ Objetivos
- ✖ Definição dos conceitos-chave
- ✖ Problemática
- ✖ Factos Epidemiológicos
- ✖ Cuidados de Enfermagem ao adolescente com doença crónica
- ✖ Cuidar do adolescente com Asma
- ✖ Conclusão

OBJETIVOS

- ✖ Sensibilizar os enfermeiros para a importância de implementar práticas de cuidados específicas a adolescentes com doença crónica;
- ✖ Promover a reflexão sobre a necessidade de um atendimento específico a cada adolescente com doença crónica.

ADOLESCENTE

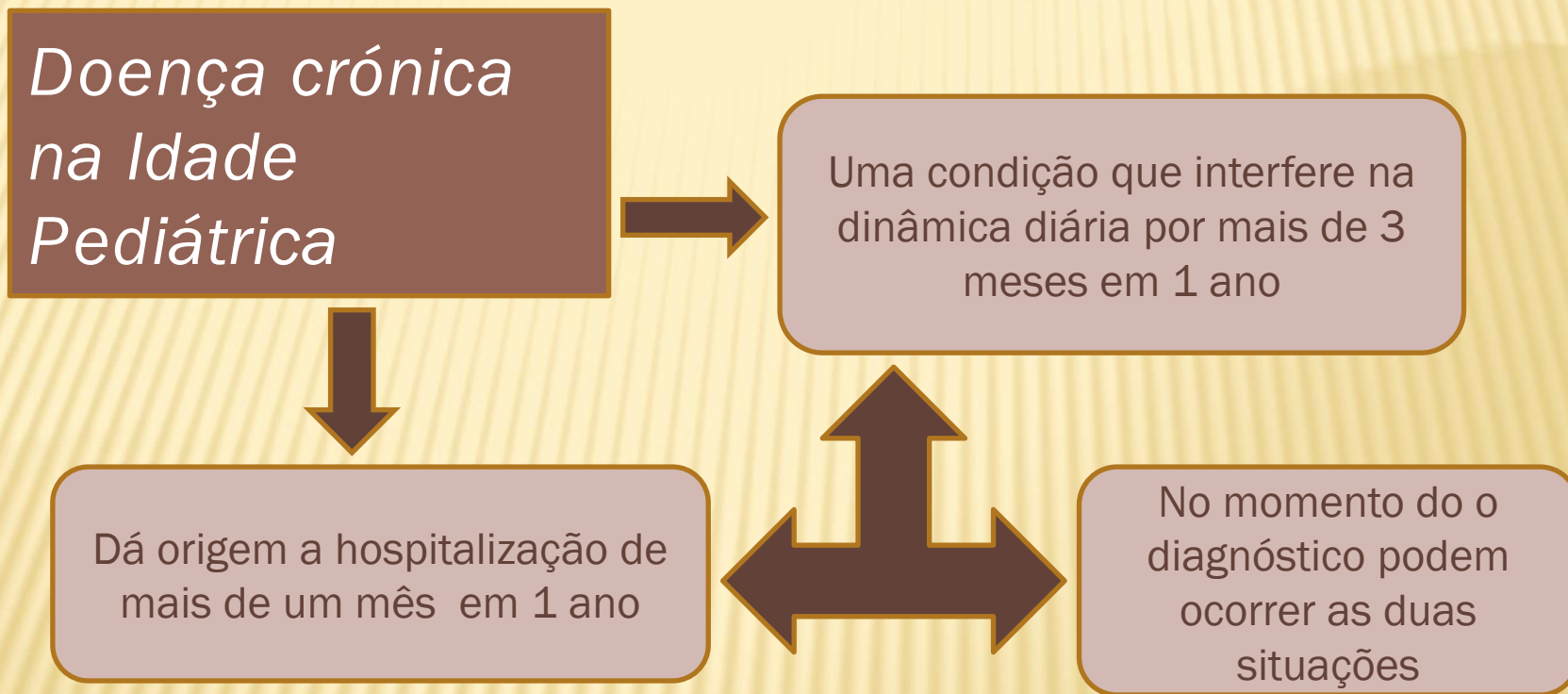
- ✖ A Organização Mundial de Saúde define, em termos cronológicos, o adolescente como a pessoa entre os 10 e os 19 anos de idade. (WHO, 2011)



ADOLESCÊNCIA

- ✖ É uma fase da vida caracterizada por transformações físicas exuberantes, aumento das capacidades cognitivas, enriquecimento do repertório afetivo e o processo de socialização estrutura-se de modo mais sofisticado (Direção Geral de Saúde, 2013).
- ✖ Esta fase da vida “é caracterizada por importantes mudanças biológicas, cognitivas, psicológicas e sociais” (Saewyc, 2014, p.821).

DOENÇA CRÔNICA



JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A sobrevivência de grandes prematuros, o aumento de sobrevida de diversas patologias, a melhoria dos cuidados e a melhoria à sua acessibilidade são os fatores influenciadores para o aumento da prevalência da doença crônica nas crianças e adolescentes nas últimas décadas.

(Figueiredo *et al.*, 2015)

JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

“a melhoria das condições de vida das populações e o progresso ciências médicas têm permitido aumentar de forma significativa, a esperança de vida de muitas crianças e jovens portadores de deficiência ou doença crónica”

(Prazeres, 1998, p.22)

DOENÇA CRÓNICA NO ADOLESCENTE

Processos psíquicos de individulização e socialização que nesta fase alteram a percepção e a atitude face à doença

Influenciada

Doença Crónica no Adolescente

Maior risco ao desfecho adaptativo deste processo

Ameaça

Gestão normal dos cuidados à doença

Interfere

- Comportamento social
- Rendimento académico
- Comportamento sexual

(Santos et al. 2011)

Crescimento normal

Auto-imagem

Desenvolvimento do Ego

Identidade

Acrescenta

Desequilíbrios no crescimento orgânico e fisiológico do adolescente

FACTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- ✗ A asma, a diabetes *mellitus* tipo 1, a epilepsia e a doença inflamatória intestinal são exemplos de doenças crónicas prevalentes em Pediatria.

(Jin et. al, 2017)



<https://www.indice.eu/pt/noticias/saude/2016/03/07/sintomas-da-asma-associados-ao-aumento-do-stress-e-niveis-de-ansiedade-em-adolescentes>



<https://escola.britannica.com.br/levels/fundamental/article/diabetes/481143>

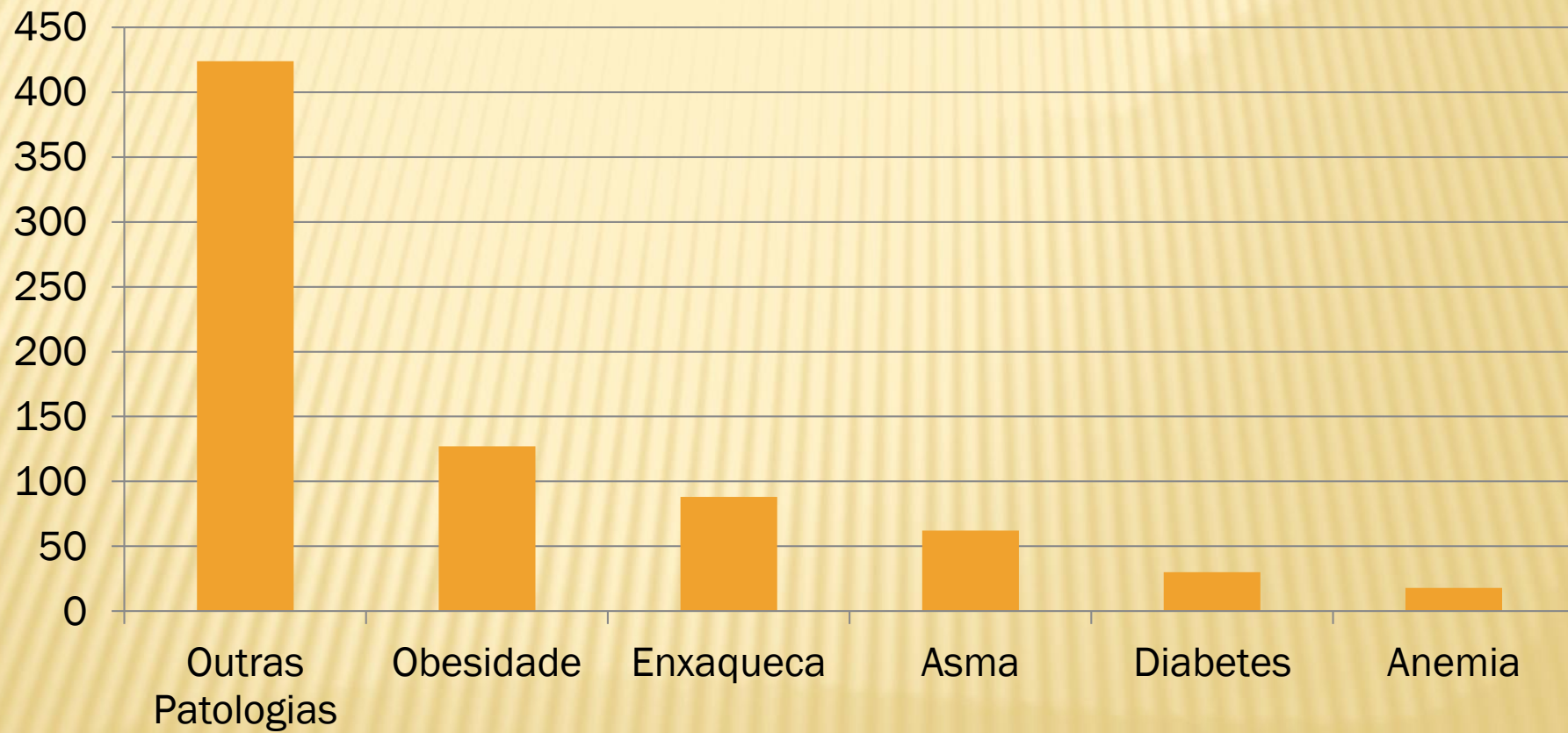
FACTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- ✗ Constatou-se que entre 2015-2016 cerca de 8,7 % dos jovens, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, têm obesidade. (DGS, 2018)



CONSULTAS DE PEDIATRIA HBA

OUTUBRO-DEZEMBRO 2018



CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Diário da República, 2.ª série — N.º 133 — 12 de julho de 2018

19193

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	<p>E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8. Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10. Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>
E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.	<p>E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.</p> <p>E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.</p> <p>E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).</p> <p>E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Descritivo:

Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.	<p>E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>
E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.	<p>E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>
E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.	<p>E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>
E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.	<p>E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.</p> <p>E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.</p>
E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.	<p>E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Descritivo:

Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.
E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.
E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.	E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4. Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÓNICA

No cuidado de enfermagem às crianças e jovens com doença crónica deverá existir um foco nas etapas de desenvolvimento, no desenvolvimento da família, nos cuidados centrados na família, na normalização, na integração e na gestão dos cuidados.

(McElfresh & Merck, 2014)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

As mudanças nas capacidades físicas, psicológicas e sociais podem afetar o curso e a gestão da doença crônica na adolescência, incluindo a autogestão pelo jovem assim como a supervisão e as estratégias de tratamento pelos profissionais de saúde. (WHO,2007)

Cuidar de adolescentes com doença crônica implica conhecer as diferentes circunstâncias da sua vida diária.

(Reisinho & Gomes, 2016)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Fatores familiares

- atmosfera familiar, membros do núcleo familiar, condição socioeconômica, grau de interferência na organização familiar

Fatores pessoais

- temperamento, motivação, capacidade de resolver problemas, capacidade cognitiva e intelectual, autoconsciência e autoestima

Fatores socioambientais

- apoio social e apoio do grupo de amigos, recursos comunitários e escola

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

- ✖ A entrevista ao adolescente possibilita recolher informação e estabelecer canais de comunicação para o futuro.

- ✖ A entrevista permite:
 1. Avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo do adolescente
 2. Estabelecer uma relação terapêutica
 3. Prevenir problemas
 4. Identificar problemas reais.

(OE,2010)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÓNICA

Elementos favoráveis para a comunicação/relação com o adolescente:

- Acolher de forma cordial e compreensiva, mostrando disponibilidade;
- Assegurar o direito à confidencialidade;
- Assegurar o direito à privacidade;
- Utilizar linguagem simples e realista (evitar utilizar termos técnicos ou calão juvenil);
- Evitar juízos de valor;
- Reforçar competências;

(OE,2010)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÓNICA

Elementos favoráveis para a comunicação/relação com o adolescente (continuação):

- Se os pais estiverem presentes executar a função de mediador;
- Interpretar a linguagem não-verbal;
- Evitar a realização de registos no momento, escutar o adolescente, promovendo a confiança;
- Evitar interrupções (chamadas telefónicas, entradas de pessoas);
- Reforçar comportamentos positivos e autoestima.

(OE,2010)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

A OMS define como estratégias para melhorar a adesão:

- ✖ Comunicar as informações de maneira direta, confiando no adolescente;
- ✖ Adaptar a terapia ao estilo de vida do adolescente
- ✖ Sugerir o apoio de irmãos, colegas;
- ✖ Manter os mesmos profissionais ao longo do tempo;
- ✖ Avaliar a adesão regularmente e de maneira não ameaçadora, verificar os efeitos secundários;
- ✖ Simplificar o regime terapêutico;
- ✖ Negociar (pedir propostas).

(WHO,2007)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

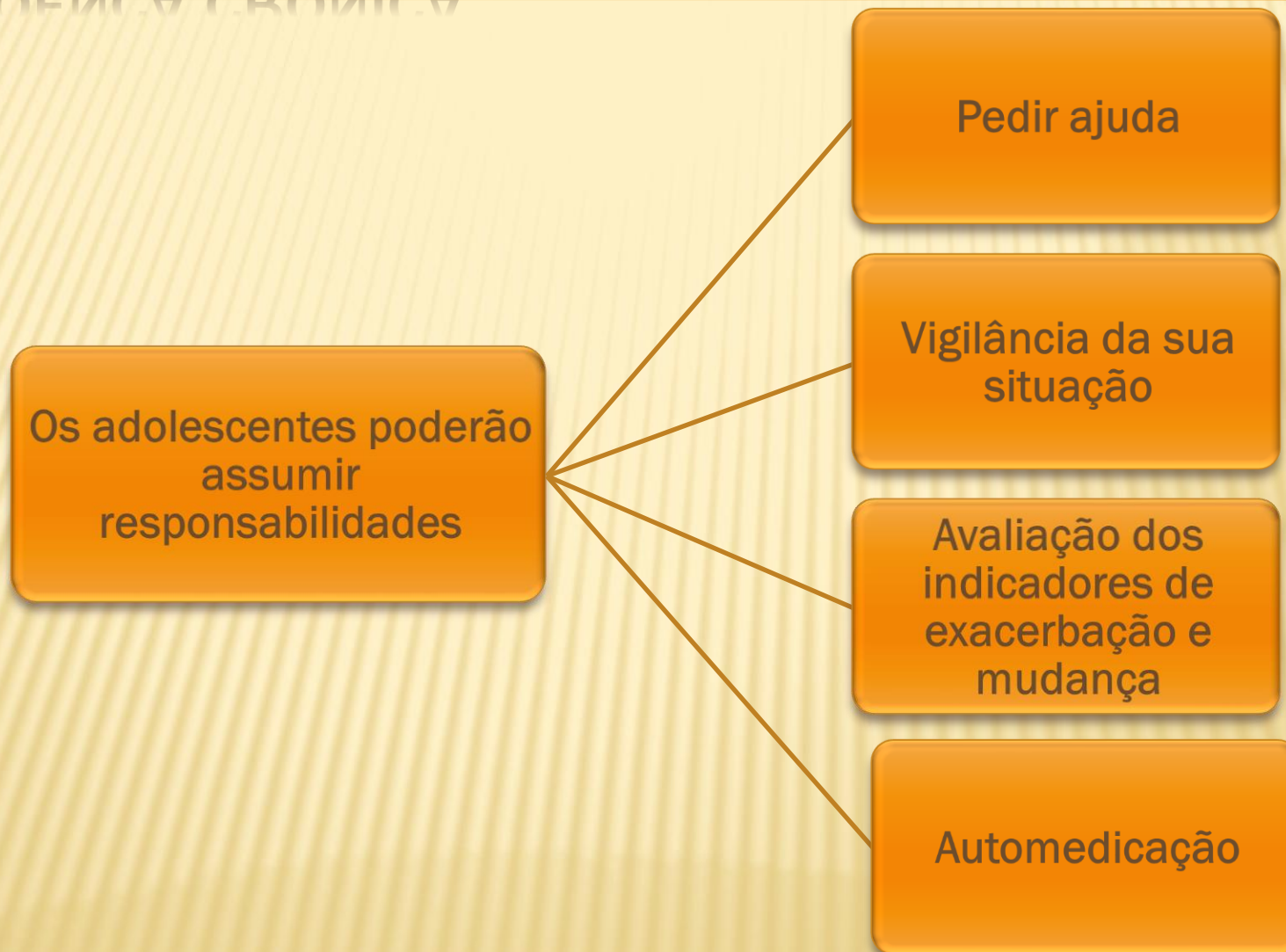
É importante ter em consideração o estágio da adolescência em que o adolescente se encontra:

nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente

mas à medida que a sua autonomia vai crescendo é fundamental que comece a exercer maior responsabilidade nesse âmbito.

As suas competências permitem-lhe agora compreender melhor o mundo que o rodeia, podendo assumir outras responsabilidades, outro nível de participação em tudo o que lhe diz respeito.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA



(McElfresh & Merck, 2014)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Deverá ser feita uma tentativa de normalizar, o mais possível, a vida dos adolescentes com esta condição crônica, de modo a aliviar o sentimento de ser diferente e mantendo as rotinas diárias.

(McElfresh & Merck, 2014)

“a adolescência é o tempo de atingir a independência. Isto pode ser difícil para os adolescentes com doença crônica, especialmente aqueles que dependem de outros para os cuidados diários ou terapias”

(McElfresh & Merck, 2014, p.908)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

O papel da família no bem-estar do adolescente é um fator determinante na capacidade do adolescente se adaptar à doença crônica.

(Reisinho & Gomes, 2016)



<http://famiyaiysuciclovital.blogspot.com/2015/02/cuarta-fase-la-adolescencia.html>



<http://casitaazul.com.pe/2018/09/06/aprendiendo-padres-adolescente/hablar-con/>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÓNICA

Compreende-se similarmente que após um diagnóstico de doença crónica a família tem de se readaptar à doença e aos cuidados que esta exige, e verificou-se através de vários estudos a presença de desgaste físico e emocional dos cuidadores, devido a uma superproteção à criança doente e uma menor atenção aos restantes elementos da família.

(Ribeiro & Calado, 2017)

CUIDAR DO ADOLESCENTE COM ASMA

A asma surge como:

“uma doença heterogênea, geralmente caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas. É definida pela história sintomas respiratórios, como sibilos, falta de ar, aperto no peito e tosse, que variam com o tempo e intensidade, juntamente com a limitação variável do fluxo aéreo expiratório.”

(Global Initiative for Asthma, 2018, p.14)

As exacerbações estão associadas à hiperreactividade das vias aéreas relacionada com fatores como o exercício, exposição a fatores alérgenos ou irritantes, mudanças atmosféricas ou infecções respiratórias.

(Global Initiative for Asthma, 2018)

CUIDAR DO ADOLESCENTE COM ASMA

Tipos de medicação que ajudam a controlar a asma:

- medicamentos de ação preventiva a longo prazo, especialmente anti-inflamatórios, que previnem o aparecimento dos sintomas ou das crises agudas
- medicamentos para alívio rápido dos sintomas, como os broncodilatadores de curta ação, que também atuam rapidamente nas crises de asma.

A educação e capacitação do doente asmático contribuem, de forma decisiva, para o sucesso da terapêutica.

(DGS, 2008)

CUIDAR DO ADOLESCENTE COM ASMA

A educação, o apoio, o fornecimento de informação e a promoção da autogestão deverão ser adaptadas ao desejo de autonomia do adolescente, focando-se em resultados a curto prazo.

(Hamelmann & Szeffler 2018; Global Initiative for Asthma, 2018)

A gestão da asma tem como objetivo um bom controlo dos sintomas permitindo:

- ✓ minimizar o risco de exacerbações da asma
- ✓ reduzir as hospitalizações
- ✓ Reduzir o uso de medicação de resgate
- ✓ reduzir os efeitos colaterais
- ✓ manter níveis de atividade normal

(Hamelmann & Szeffler 2018)

CONCLUSÃO

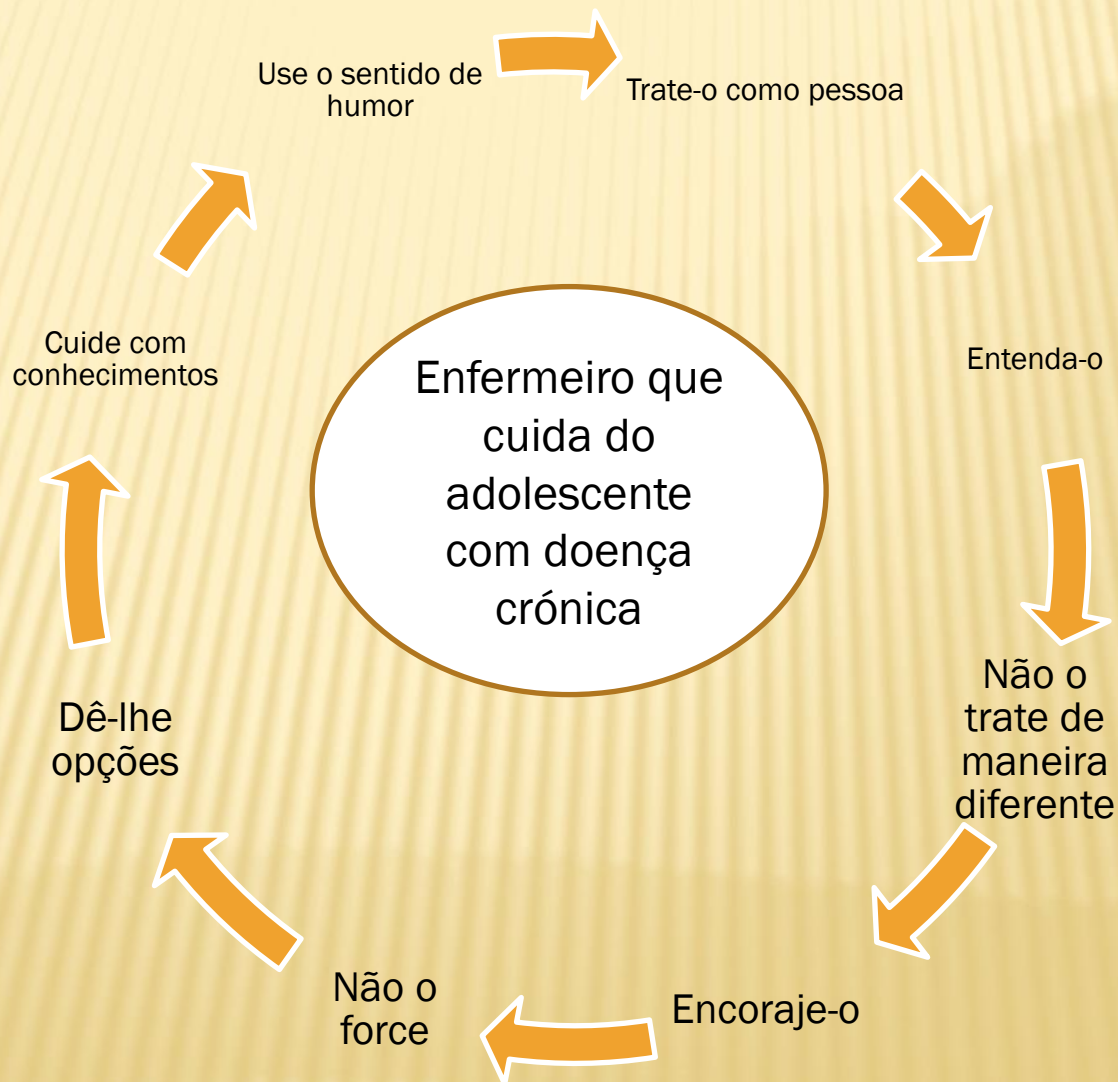
Um jovem com um problema de saúde crônico não deixa de ser um adolescente, e deverá ser entendido com todas as implicações inerentes ao seu grupo etário. Os profissionais de saúde para além de abordarem os aspetos relativos à doença devem também desenvolver competências para lidar com a temática de adolescência e as suas problemáticas associadas.

(Figueiredo, 2011)

A doença crónica confronta a pessoa com inúmeras ameaças e constantes desafios. Estratégias precisam de ser desenvolvidas a fim preservar o equilíbrio emocional, uma autoimagem satisfatória e um senso de competência e maestria.

(Wagner *et. al*, 2016)

CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

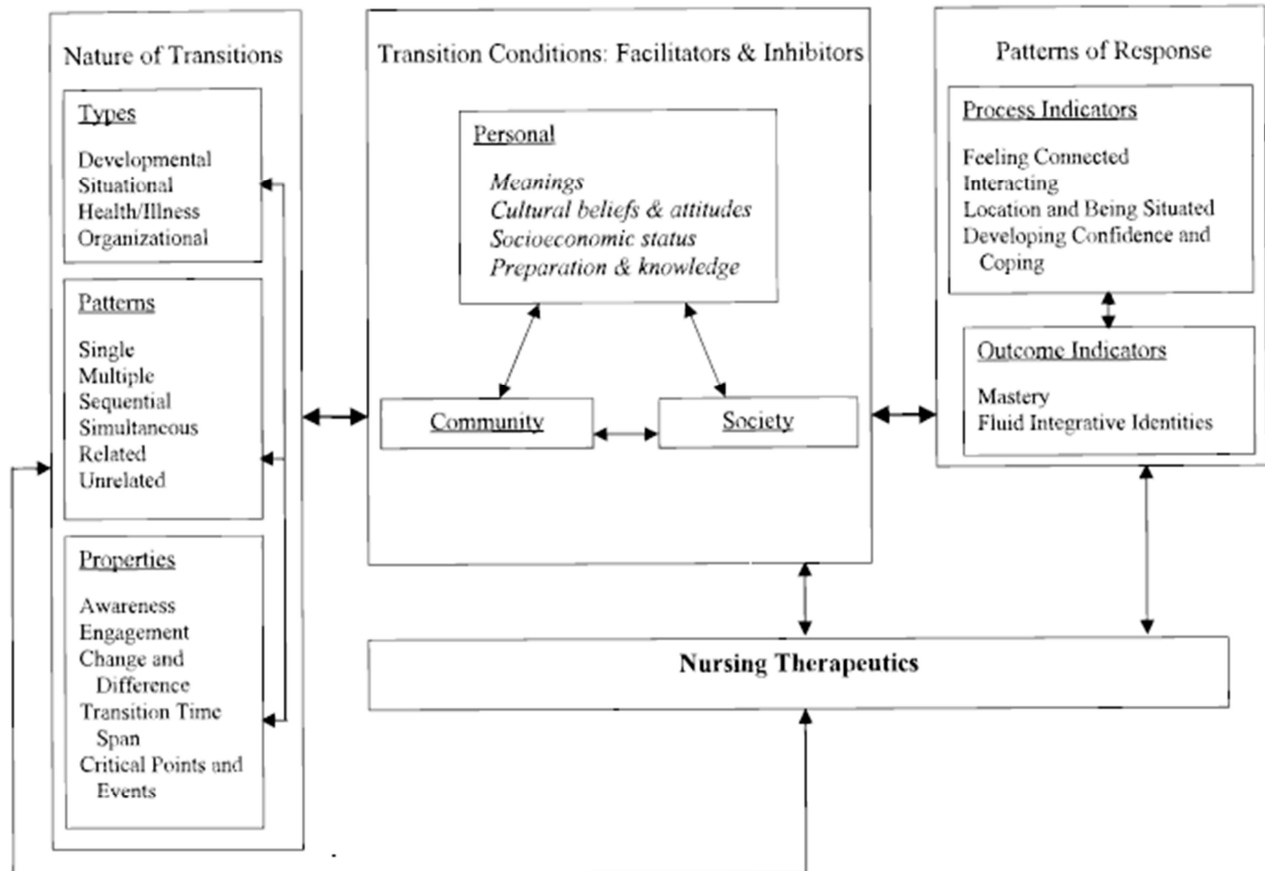
- ✖ Canha J., Portinha I. (2015). O adolescente e a doença crónica: a propósito de um caso de adolescente com Síndrome de Klippel-Trenaunay. *Nascer e Crescer*, 24 (3), 129-132.
- ✖ Direção Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS.
- ✖ Direcção Geral Saúde (2008). *Manual de Boas Práticas na Asma*. Lisboa:DGS. Recuperado de : <file:///C:/Users/USER/Desktop/Trabalho%20Adaptação/manual%20ASMA%20.pdf>
- ✖ Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- ✖ Direção-Geral de Saúde (2018) *SAÚDE INFANTIL E JUVENIL PORTUGAL*. Lisboa.
- ✖ Hamelmann, E, Szeffler, S. J. (2018) Efficacy and Safety of Tiotropium in Children and Adolescents, *Drugs* (78). 327 – 338, Doi:<https://doi.org/10.1007/s40265-018-0862-1>
- ✖ Figueiredo, A.M. S., Almeida, C. M. S., Santos M. M.O., Carneiro C. F. (2015), Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. (6) 105-114. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14041>.
- ✖ Global Initiative For Asthma (2018). Global strategy for asthma management and prevention [em linha]. Disponível em: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf>
- ✖ Jin M., An Q., Wang L.(2017). Chronic conditions in adolescents (Review). *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE*. (14).478-482. Doi: 10.3892/etm.2017.4526
- ✖ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Número 3. Série I. Lisboa. 2010.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✖ Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. Recuperado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- ✖ McElfresh, P.B., Merck, T.T. (2014) In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª Edição) Brooklin: ELSEVIER.
- ✖ Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes- princípios orientadores*. Direção Geral de Saúde. Lisboa. ISNB-972-9425-61-2
- ✖ Reisinho, M. C.M. S.R., Gomes, B. P. (2016). Nursing interventions in monitoring the adolescent with Cystic Fibrosis: a literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Doi: 10.1590/1518-8345.1396.2845
- ✖ Ribeiro, S. E., Calado, G. (2017). Necessidades em cuidados de enfermagem às famílias de crianças com doenças crónicas. *RIASE*, 3 (3), 1166-1179
- ✖ Saewyc, E. M. (2014) In: Hockenberry M. & Wilson D. Wong – *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª Edição) Brooklin: ELSEVIER.
- ✖ Santos, S., Santos, E., Ferrão, F. Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer E Crescer*, 20 (1).
- ✖ Wagner, G., Zeiler, M., Grylli, V., Berger, G., Huber, W. D., Woeber, C., Rhind, C., Karwautz, A., (2016) Celiac disease in adolescence: Coping strategies and personality factors affecting compliance with gluten-free diet. *Apetite*. (101)55-61. Recuperado de : <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.155>
- ✖ World Health Organization (2011). *Adolescent health*. Geneva, Switzerland: Author.
- ✖ World Health Organization (2007). *The Adolescent with a Chronic Condition Epidemiology, developmental issues and health care provision*.

ANEXOS

ANEXO I: Transitions: A middle- range theory - Meleis



Transitions: A middle-range theory (Meleis et al., 2000, p.17)